

BEST PRACTICE

Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin

in ein von der Deutschen Krebshilfe
gefördertes
Comprehensive Cancer Center (CCC)



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Impressum

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

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

Sprecherin:

Prof. Dr. med. Mitra Tewes

Palliativmedizin der
Universitätsmedizin Essen,
Westdeutsches Tumorzentrum Essen,
Universitätsklinikum Essen,
Universität Duisburg-Essen

Hufelandstraße 55,
45147 Essen

Auflage: 2. Auflage

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

Datum: Juni 2026

Finanzierung

Die Empfehlungen wurden im Rahmen der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekte weiterentwickelt (Förderkennzeichen: 70113949, Laufzeit: 01.11.2020 – 31.10.2024 und Förderkennzeichen 70116493 Laufzeit: 01.11.2024 – 30.04.2028).

Kontakt

Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center

Palliativmedizinische Abteilung
Universitätsklinikum Erlangen
Werner-von-Siemens-Straße 34
91052 Erlangen

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

Tel.: 09131-85 37972

Fax: 09131-85 37971

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
1 Vorwort	4
2 Einleitung	5
2.1 Hintergrund	5
2.2 Palliativversorgung an einem Comprehensive Cancer Center (CCC) – Definition ...	6
2.3 Ziele der Arbeitsgruppe Palliativmedizin im CCC-Netzwerk	6
2.4 Ziele der Handreichung	7
2.5 Geltungsbereich	7
3 Methodik	8
4 Best Practice Empfehlungen	10
5 Standard Operating Procedures	20
6 Veröffentlichungen aus der AG Palliativmedizin	22
7 Literatur	29
8 Mitwirkende	32
9 Danksagung	35

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BP	Best Practice
CAREPAL	Screening Tool for Family Caregiver Burden in Palliative Care
CCC	Comprehensive Cancer Center
CPD	Continuing professional development
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
QB	Querschnittsbereich
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
SPC	specialist palliative care
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Themen der in der AG Palliativmedizin (CCC-Netzwerk) erstellten Standard Operating Procedures (SOPs)	20–21
--	-------

1 Vorwort

Um die Behandlung von Patient*innen mit einer Krebserkrankung zu verbessern und auf ein sehr hohes Niveau zu bringen, fördert die Deutsche Krebshilfe bereits seit 2006 im Rahmen eines Schwerpunktprogramms Onkologische Spitzenzentren, die sogenannten Comprehensive Cancer Center (CCCs) [1]. In diesen CCCs werden Tumorpatient*innen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen interdisziplinär versorgt und multi-professionell supportiv-therapeutisch begleitet, unter Einbeziehung des ambulanten Bereiches in der jeweiligen Region [2]. Auch die Krebsforschung ist ein wesentliches Aufgabenfeld von Onkologischen Spitzenzentren [3, 4].

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 Patient*innen bis zum Tod. Diese Notwendigkeit wird durch Initiativen des Gesetzgebers (Hospiz und Palliativgesetz vom 1.12.2015, BGBl. I S. 2114 und SGB V § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung u.a.) und die Nationale Strategie der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ [5, 6, 7] unterstrichen.

Ohne die Deutsche Krebshilfe wäre die Palliativversorgung in Deutschland nicht so weit entwickelt, wie sie sich heute darstellt. Die Deutsche Krebshilfe hat den Weg für diesen Prozess von Anfang an geebnet und schon 1983 die erste Palliativstation in Köln gefördert [8]. Inzwischen ist die Palliativversorgung ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung. Mittlerweile gibt es in Deutschland mehr als ca. 330 Palliativstationen, ca. 270 stationäre Hospize für Erwachsene, rund 1.500 ambulante Hospizdienste sowie 21 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene [9]. Die Deutsche Krebshilfe hat per Stand 12/2025 Mittel in Höhe von insgesamt 89,9 Mio. Euro für den Aufbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, Stiftungsprofessuren, Forschungsprojekte zu palliativmedizinischen Fragestellungen und in die Aus- und Weiterbildung bereitgestellt [10].

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 2025 mit der Entwicklung von Mindestvoraussetzungen für die Integration der Palliativversorgung an einem Onkologischen Spitzenzentrum in Klinik, Lehre und Forschung befasst. Die vorliegende aktualisierte Handreichung soll dazu beitragen, das Bewusstsein für die Integration der Palliativversorgung in die Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere innerhalb der onkologischen Versorgung, weiter zu stärken.

Für die AG Palliativmedizin,

Prof. Dr. Christoph Ostgathe und Prof. Dr. Mitra Tewes

② Einleitung

2.1 Hintergrund

Patient*innen mit einer Tumorerkrankung einen einfachen Zugang zu einer hochklassigen Gesundheitsversorgung zu ebnet und sie auf höchstem Niveau zu behandeln und zu begleiten, ist der Leitgedanke der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs [1-4]. Dieses übergeordnete Ziel ist kongruent zu dem Bestreben der Palliativversorgung, bestmögliche Behandlung und Begleitung von Patient*innen und ihren Angehörigen anzubieten, und stellt somit eine bedeutsame Komponente in der onkologischen Versorgung dar.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es der Deutsche Krebshilfe seit jeher ein Anliegen, die allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung in den CCCs zu stärken. Bekanntermaßen versteht die Deutsche Krebshilfe Palliativversorgung als integralen Bestandteil einer exzellenten Versorgung von Menschen mit einer Krebserkrankung [11]: von der Diagnosestellung über die Tumorthherapie bis hin zur Unterstützung schwerkranker, nicht heilbarer Patient*innen bis zum Tod.

Die Palliativversorgung in Deutschland hat in den letzten vier Dekaden eine dynamische Entwicklung und Diversifizierung der Versorgungsstrukturen durchlaufen. Die unterschiedliche Entfaltung des Fachs schlägt sich auch in den deutschlandweit bestehenden CCCs nieder; dies wurde schon mit Gründung der AG Palliativmedizin im Netzwerk im Jahre 2011 deutlich. Die Heterogenität betraf vor allem die Strukturen (u.a. Umsetzung und Integration von palliativmedizinischen Angeboten in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs) und Prozesse (z.B. Dokumentation, Standards, Einbindung von Leitlinien). Darüber hinaus deutete sich in dieser Zeit an, dass sich die Umsetzung von Lehre und Forschung in der Palliativversorgung in den einzelnen CCCs sehr stark unterschieden. Um dies empirisch zu überprüfen, wurde 2014 eine systematische Bestandserhebung an allen beteiligten CCCs durchgeführt [12]. Auch durch weitere Erhebungen konnte der Status quo zur spezialisierten Palliativversorgung in den Bereichen Klinik, Lehre und Forschung innerhalb des CCC-Netzwerkes erfasst werden [13-20]. Die Bestandserhebung hat in einem empirischen Prozess zu einer ersten Version von Best Practice Empfehlungen geführt [21], die als Vorgaben in die Begutachtungsverfahren und die Anerkennung als CCC Einzug gehalten haben. Dadurch wurde die Entwicklung der Palliativversorgung an den Standorten und darüber hinaus nachhaltig im Sinne einer gestärkten Patientenzentrierung bekräftigt [22]. Die Veränderungen in der Versorgung von Patient*innen mit Krebs sowie in der Palliativversorgung der letzten Jahre, z.B. durch die S3-Leitlinien (Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung [23]; Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen) und regelmäßige Anpassungen der Zertifizierungsvorgaben (u.a. Onkologische Zentren; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, DGP / ClarCert®) zeigen den Bedarf für eine kontinuierliche Anpassung der Best Practice Empfehlungen.

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 Patient*innen 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 aller klinischen Mitarbeitenden eines CCCs. Spezialisierte Palliativversorgung am CCC ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit hoher Symptomlast und / oder komplexen Bedürfnissen. Sie umfasst die multiprofessionelle Betreuung durch ein qualifiziertes Team aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, Psychologie, Seelsorge und weiteren relevanten Berufsgruppen.

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. Mitarbeitende 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. Mitarbeitende 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 Deutschen Krebshilfe und des CCC-Netzwerkes, Patient*innen 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 Deutschen Krebshilfe 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:

- ◆ Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von evidenzbasierten Behandlungspfaden (Standard Operating Procedures, SOPs) für die Palliativversorgung, unter Herausgabe des Springer Medizin Verlags [24]
- ◆ Analyse und strukturierte Integration der Palliativversorgung in die Versorgung, Lehre und Forschung deutscher CCCs [12-19]
- ◆ Entwicklung von systematischen Strategien zur Identifizierung des Palliativbedarfs (Screening) von onkologischen Patient*innen und die Erstellung einer praxisorien-

tierten Toolbox mit Screeninginstrumenten zur Erfassung und Bewertung dieses Bedarfs [25]

- ◆ Entwicklung von strukturierten Prozessen der Angehörigenbegleitung in der onkologischen Versorgung [20, 26-28]
- ◆ Auf- und Ausbau von Schnittstellen der Palliativversorgung außerhalb der CCCs, z.B. in weitere Krankenhäuser, niedergelassene hausärztliche und onkologische Praxen, ambulante Dienste
- ◆ AG-übergreifende Zusammenarbeit, z.B. mit AG Outreach und AG Psychoonkologie / Krebs-Selbsthilfe
- ◆ Entwickeln gemeinsamer Forschungsprojekte
- ◆ Bereitstellen von Schulungs- und Informationsmaterialien
- ◆ Veranstalten von Symposien mit Bürgerforum und Lokaltreffen zum Informationsaustausch für Fachpublikum und Bevölkerung zur Stärkung der engagierten Netzwerke vor Ort mit dem CCC-Netzwerk der Deutschen Krebshilfe

2.4 Ziele der Handreichung

Das zentrale Anliegen dieser Handreichung ist es, über empirisch fundierte Gestaltungs- und Entwicklungspotenziale der Palliativversorgung in einem CCC zu informieren. Sie soll dazu beitragen, die kontinuierliche Versorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatient*innen 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*innen 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 Palliativversorgung und in einem onkologischen Fach tätig sind. Über diese Top-down- und Bottom-up-Ansätze kann eine Integration der Palliativversorgung 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 Palliativversorgung gezielt 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 Deutschen Krebshilfe aufgenommen werden möchten, eine Orientierung dar. Diese Handreichung hat eine Empfehlungsgraduierung von „soll“ (starke Empfehlung) und „sollte“ (nachgeordnete Empfehlung) aufgenommen. Damit wird verdeutlicht, welche Priorität und Dringlichkeit Fachexpert*innen der Empfehlung beimessen.

③ Methodik

Die Erhebung von Best Practice Empfehlungen zur Integration der Palliativversorgung in die Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs gründete sich auf vorangegangene Bestandserhebungen [12, 13], die sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze beinhalteten. Ein Mixed-Methods-Design [12] konnten in großem Umfang Sichtweisen, Erfahrungen und strukturelle Gegebenheiten analysiert werden. Die bei einem persönlichen Treffen oder telefonisch erfolgten Interviews wurden mit leitendem Personal der spezialisierten Palliativversorgung (u.a. Ärzt*innen, Lehrbeauftragte, Konzeptverantwortliche für den Umgang mit Sterben), Verwaltungsdirektor*innen sowie Ärzt*innen aus anderen Disziplinen der Krebsversorgung, darunter auch CCC-Direktor*innen, 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. Weitere Analysen [14-20, 22] zeigten den Bedarf, Best Practice Empfehlungen weiterzuverfolgen und weiterzuentwickeln.

Die hier aufgeführten Best Practice Empfehlungen basieren auf Literaturrecherchen mit empirischen Erkenntnissen und der 2020 erweiterten S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ [23], die in einem strukturierten Konsensverfahren erstmals 2016 [21] und 2024 erweitert und erneut abgestimmt wurden [30]. Das Monitoring-Team der quantitativen Erhebung, bestehend aus ärztlicher, sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Expertise, hat sich im Vorfeld in Zusammenarbeit mit Unterarbeitsgruppen (UAGs) und externen, arbeitsgruppenunabhängigen Fachexperten über die Formulierung der Empfehlungen verständigt. Aufgrund des identifizierten Implementierungsstatus der Best Practice Empfehlungen zur Palliativversorgung in den CCCs gründeten sich die UAG Angehörige [26], UAG Screening [25] und UAG Sterbephase [29] für die Erstellung evidenzbasierter Empfehlungen.

Es wurden die Befragungsteilnehmer*innen nach der Verortung ihrer Expertise (Tätigkeitsfeld) systematisch ausgewählt. Zur Bildung dieser Expert*innengruppe (Quotenstichprobe) wurden die Vertreter*innen der AG Palliativmedizin im CCC-Netzwerk per E-Mail gebeten, für ihren Standort eine Person zu benennen

- ◆ in leitender ärztlicher Funktion der Palliativmedizinischen Abteilung
- ◆ in ärztlicher Funktion mit einschlägiger Berufserfahrung der Palliativstation oder des multiprofessionellen Palliativdienstes mit mehr als drei Jahren Praxiserfahrung im Bereich Palliativmedizin
- ◆ mit Forschungstätigkeit in der Palliativversorgung in leitender oder koordinierender Funktion aus der Berufsgruppe Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit, Sozial-, Human-, Gesundheits- oder Naturwissenschaften
- ◆ in leitender pflegerischer Funktion der Palliativabteilung oder eine Pflegefachperson des Multiprofessionellen Palliativdienstes und
- ◆ mit Lehrtätigkeit im Querschnittsbereich (QB 13) in koordinierender Funktion

Damit gelang es 2024, einen Pool von 101 Personen zu generieren, sodass sich im Befragungspanel die Expertise aus palliativmedizinischer Versorgung, Lehre und Forschung widerspiegelt. Diese hatten die Möglichkeit, jede Empfehlung nach (i) **verständlich** formuliert, (ii) für die Integration & Vernetzung der Palliativversorgung am CCC **relevant** und (iii) für ein CCC **umsetzbar** auf einer 4-Punkt-Skala (stimme nicht zu/ stimme eher nicht zu/ stimme eher zu/ stimme zu) zu bewerten. Ein Freitextfeld ermöglichte den Teilnehmer*innen, Anmerkungen zur jeweiligen Empfehlung zu geben. Bevor die 57 Empfehlungen in den Delphi-Befragungsprozess gegeben wurden, wurde der Fragebogen durch drei Personen pilotiert, die nicht für ein geförderten CCC tätig sind.

Erzielte die Summe aus den Antwortkategorien „stimme eher zu“ und „stimme zu“ in allen drei Beurteilungskategorien (Verständlichkeit / Relevanz / Umsetzbarkeit) 75 % 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 zur Abstimmung gegeben. Zwischen März und August 2025 wurden drei pseudonymisierte, schriftliche Befragungswellen, an der insgesamt 53 Akteure bis zur letzten Befragungsrunde teilgenommen haben, initiiert. Die quantitativen Ergebnisse wurden deskriptiv in IBM Statistics SPSS 21 ausgewertet. Die Freitextangaben wurden Excel-basiert thematisch zusammengefasst und codiert. Der Rücklauf umfasste in allen drei Runden jeweils über 70% (Runde 1: 74%, Runde 2: 71%, Runde 3: 81%).

Bereits in der ersten Befragungsrunde waren 40 der 57 Empfehlungen konsentiert. Die zweite Befragungsrunde ergab insgesamt 48 Empfehlungen, wobei in der dritten und letzten Befragungsrunde eine Gesamtzahl von 54 Empfehlungen erzielt wurde. Zwischen Runde 2 und Runde 3 erfolgte eine moderierte Experten-Diskussionsrunde, bestehend aus 20 von 26 geförderten CCC-Standorten. Die Diskussionsrunde diente dazu, die offenen Kommentare aus den Delphi-Runden 1 und 2 zu prüfen, sodass die Empfehlungen geringfügig umformuliert oder aufgrund von Redundanz gestrichen wurden. Dies galt insbesondere für die Empfehlungen zum Zeitpunkt zur Integration der Palliativversorgung, die Empfehlungen für die Einbindung von Angehörigen und zum Screening.

Die AG Palliativmedizin legte im November 2025 dem Lenkungsausschuss des CCC-Netzwerks der Deutschen Krebshilfe 53 Empfehlungen vor. Nach Rückmeldungen des Lenkungsausschusses wurden nach eingehender gemeinsamer Diskussion einzelne Empfehlungen geringfügig inhaltlich konkretisiert sowie editorisch angepasst. Dies betraf die Bereiche:

- ◆ Zeitpunkt zur Integration der Palliativversorgung
- ◆ Die Mindestgröße (Bettenanzahl) einer Palliativstation
- ◆ Stundenanzahl Palliativmedizinische Ambulanz
- ◆ Multiprofessioneller Palliativdienst und dessen Qualifikation
- ◆ Screening bei Angehörigen auf Palliativbedarf
- ◆ Einbindung von Angehörigen
- ◆ Tumorboards bzw. Tumorboardanmeldung
- ◆ Integration in das Basisscreening der Onkologie

Final werden 51 Empfehlungen aus 20 Bereichen herausgegeben.

④ Best Practice Empfehlungen



1. Zeitpunkt zur Integration der Palliativmedizin

1. Timing of palliative care integration

1.1 Patient*innen eines CCCs soll nach der Diagnose einer nicht heilbaren Krebserkrankung Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon, ob eine tumor-spezifische Therapie durchgeführt wird.

1.1 Patients within a CCC shall be offered palliative care immediately after receiving a diagnosis of an incurable cancer, regardless of whether they are receiving tumor-specific therapy.



2. Palliativstation

2. Palliative care unit

2.1 Zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität für Tumorpatient*innen des CCC ist eine Palliativstation eine unverzichtbare Voraussetzung an einem CCC.

2.1 A palliative care unit is an essential requirement at a CCC to ensure a high quality of care for tumour patients.

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

2.2 A palliative care unit shall be an organizationally and structurally distinct, independent unit.

2.3 Die Größe einer Palliativstation soll 8 bis 12 Betten betragen.

2.3 A palliative care unit shall have 8 to 12 beds.

2.4 Innerhalb des CCC soll eine 24h/7 Tage-Erreichbarkeit von Expert*innen der spezialisierten Palliativversorgung zur Verfügung stehen.

2.4 Palliative care specialists shall be available for CCC patients 24 hours a day, 7 days a week.



3. Palliativdienst

3. Inpatient palliative care consultation team

3.1 Ein multiprofessioneller Palliativdienst zur Beratung und Versorgung von Patient*innen mit einer Tumorerkrankung und deren Angehörigen in anderen Fachabteilungen ist notwendig und soll in einem CCC vorgehalten werden.

3.1 A multiprofessional inpatient palliative care consultation team is a necessary component of a CCC and shall be available. Its purpose is to provide advice and support to tumour patients being cared for in other departments and their relatives.

3.2 Der multiprofessionelle Palliativdienst eines CCCs soll aus mindestens drei Mitarbeiter*innen aus den Bereichen Medizin, Pflege und mindestens einer weiteren therapeutischen Berufsgruppe bestehen. Dieser soll zu den Regelarbeitszeiten im Krankenhaus erreichbar sein.

3.2 A multiprofessional inpatient palliative care consultation team at a CCC shall consist of at least three staff members and should incorporate professionals from medicine, nursing, and at least one other profession providing treatment to patients. The team shall be available during typical working hours.

3.3 Informationen zur Erreichbarkeit des Palliativdienstes sollen in allen Fachabteilungen hinterlegt sein.

3.3 Information on the availability of the inpatient palliative care consultation team shall be accessible in all departments.

4. Ambulante und teilstationäre Angebote

4. Outpatient clinic and day services

4.1 Das CCC soll ergänzend zu vorhandenen Versorgungsstrukturen eine ambulante palliativmedizinische Sprechstunde vorhalten. Diese ambulante Struktur sollte mindestens zweimal pro Woche und nach Vereinbarung angeboten werden.

4.1 In addition to existing palliative care structures, the CCC shall offer outpatient palliative care consultations. This service should be offered at least twice a week by appointment only.

4.2 Innerhalb der tagesstationären Angebote aller Fachabteilungen, die Tumorpatient*innen behandeln, sollen Patient*innen auch Zugang zu spezialisierter Palliativversorgung haben.

4.2 Patients shall also have access to specialist palliative care as part of the day-care services offered by all specialist departments treating tumour patients.

4.3 Die Möglichkeit, zu den Sprechstundenzeiten Spezialist*innen aus dem Bereich der spezialisierten Palliativversorgung hinzuzuziehen, sollte von onkologisch tätigen Ärzt*innen bei Bedarf an Betroffene kommuniziert werden.

4.3 Oncologists should inform patients and family caregivers about the possibility to include palliative care specialists during consultation hours when required or helpful.

4.4 Im Wartebereich der Ambulanzen von Fachbereichen, die Tumorpatient*innen behandeln, sollen Informationen zur Palliativversorgung gut sichtbar ausgelegt sein.

4.4 Information on palliative care shall be clearly displayed in the waiting area of outpatient departments that treat tumour patients.

5. Regionale Vernetzung

5. Regional networks

5.1 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll in Eigenleistung und / oder in Kooperation mit regionalen und überregionalen Anbietern der SAPV vorgehalten werden.

5.1 Specialized outpatient palliative care (SAPV) shall be provided either in-house or in collaboration with regional and supra-regional providers of SAPV.

5.2 Im Fall einer externen Zusammenarbeit mit einem SAPV-Dienst soll eine schriftlich definierte Kooperation bestehen.

5.2 In the case of an external cooperation with a SAPV service, a written cooperation agreement shall be in place.

5.3 Eine Zusammenarbeit mit einem Hospiz soll gewährleistet sein.

5.3 A CCC shall ensure cooperation with a hospice.

5.4 Für Patient*innen des CCC mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung soll hospizliche Begleitung durch befähigte Ehrenamtliche zur Verfügung stehen.

5.4 For CCC patients with incurable cancer, hospice support shall be provided by qualified volunteers.

6. Einbezug spezialisierter palliativer Versorgung (SPV) in Entscheidungsprozesse innerhalb eines CCC

6. Involvement of specialist palliative care (SPC) in decision-making processes within a CCC

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

6.1 The CCC's steering committees shall include specialists in palliative medicine to promote interdisciplinary cooperation.

7. Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

7. Advance directives and powers of attorney

7.1 Es soll unabhängig vom Krankheitsstadium im Rahmen des Ärzt*innen-Patient*innen-Gespräches erfragt werden, ob eine Vorsorgevollmacht und / oder Patientenverfügung vorliegt.

7.1 Regardless of the stage of the patient's disease, doctor-patient consultation shall include questions about whether a health care proxy and / or a living will have been drawn up.

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

7.2 The existence of a health care proxy and / or living will shall be recorded centrally in electronic form and made available to all co-treating professionals in the CCC.



8. Behandlungspfad für sterbende Menschen

8. Treatment pathways for patients at the end of life

8.1 Das CCC soll für den Umgang mit sterbenden Patient*innen über ein Qualitätskonzept verfügen.

8.1 The CCC shall have a policy for ensuring the quality of the care provided to patients in their dying phase.

8.2 Ein Behandlungspfad zum Umgang mit Sterbesituationen sollte Elemente enthalten wie: Schritte zur Einschätzung der Situation schwerkranker Patient*innen im multiprofessionellen Team, Dokumentation der Entscheidungsfindung, eine Informationsbrochure für Angehörige und Beachtungshinweise nach Versterben.

8.2 A treatment pathway for dealing with end-of-life situations should include the following elements: steps for assessing the situation of seriously ill patients in a multi-professional team, documentation of decision-making, an information brochure for relatives, and instructions to be followed after death.



9. Forschung

9. Research

9.1 Zur Förderung interdisziplinärer Forschungsprojekte soll die Palliativversorgung in die Forschungsstrukturen des CCCs eingebunden sein.

9.1 To promote interdisciplinary research projects in a CCC, specialist palliative care shall be incorporated into the CCC's research structures.

9.2 Die Forschungsleistung der palliativmedizinischen Abteilung sollte regelmäßig evaluiert werden.

9.2 The palliative care department's research output should be subject to regular evaluation.



Bildung und Lehre

10. Lehre

10. Teaching

10.1 Jedes CCC soll ein Strukturkonzept zur Stärkung von Forschung und Lehre im Bereich Palliativmedizin haben. Dies kann einen Lehrstuhl für Palliativmedizin beinhalten.

10.1 Each CCC shall have a policy for supporting and promoting research and teaching in the field of palliative care; this should include a chair for palliative care.

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

10.2 Each CCC shall provide a range of lectures and classes in palliative care, which should be subject to annual evaluation.



Bildung und Lehre

11. Fort- und Weiterbildung

11. Continuing professional development (CPD) and training

11.1 Jedes CCC soll über ein Weiterbildungskonzept zur allgemeinen Palliativversorgung verfügen, das vorsieht, dass alle beteiligten Berufsgruppen eine Basisqualifikation zur allgemeinen Palliativversorgung erlangen.

11.1 Each CCC shall have a CPD policy which enables members of all professions involved in patients' treatment to gain a basic qualification in general palliative care.

11.2. Das Personal der Notaufnahme sollte zu Inhouse-Schulungen zum Thema Versorgung und Beratung inkurabel erkrankter Patient*innen eingeladen werden, um bezüglich der Entscheidung für Palliativ- oder Intensivbehandlung zu sensibilisieren.

11.2. Emergency department staff should receive invitations to attend in-house training on the care and counseling of patients with incurable diseases. This has the purpose of raising staff awareness of decisions pertaining to palliative care or intensive care.



12. Tumorboards

12. Tumor boards

12.1 Innerhalb eines CCCs sollte bei Tumorboardanmeldung die Erforderlichkeit einer spezialisierten Palliativversorgung (SPV) dokumentiert werden und für diese Patient*innen dann im Tumorboard fachlich vertreten sein.

12.1 Within a CCC, the need for specialist palliative care (SPC) should be documented when registering with the tumor board, and these patients should then be represented by specialists on the tumor board.



13. Primärversorgung

13. Primary care

13.1 Das CCC soll mit Beginn der spezialisierten stationären und vor Entlassung in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) strukturiert die Hausarztpraxen informieren und in die Versorgungsplanung einbeziehen.

13.1 The CCC shall systematically inform GP practices and involve them in care planning at the start of specialized inpatient care and prior to discharge into specialized outpatient palliative care (SAPV).

13.2 Die Arztpraxen sollen bei allen Patient*innen mit nicht-heilbarer Krebserkrankung bei Entlassung über palliativmedizinisch relevante Aspekte (z.B. Therapieziel, Voraussetzungen) informiert werden, z.B. durch den Arztbrief, Überleitungsbogen oder über das Übergabetelefonat.

13.2 General practitioners of all patients with incurable cancers, shall be informed upon their discharge about aspects of their case with relevance to palliative care, such as the aims of their treatment and any advance directives that are in place. Appropriate ways of conveying this information might include a discharge letter, transfer sheet, or handover telephone call.



14. Qualitätskonzept zur Mitbetreuung von Angehörigen

14. Policies for ensuring the quality of support for family caregivers

14.1 Jedes CCC soll über ein Qualitätskonzept zur Mitbetreuung von Angehörigen von Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung verfügen.

14.1 Each CCC shall have a policy for ensuring the quality of the support for family caregivers of patients with incurable cancers.

14.2 Dieses Qualitätskonzept sollte folgende Aspekte beinhalten:

- ◆ strukturierte Erfassung von Belastungen und Bedürfnissen von Angehörigen im Krankheitsverlauf,
- ◆ Bereitstellung und Vermittlung von Unterstützungsangeboten an Angehörige,
- ◆ Bereitstellung von Informationsmaterialien, z. B. über Unterstützungsangebote für Angehörige, erkrankungsspezifische Materialien, Palliativ- und Hospizversorgung, Angebote für Trauernde.

14.2 These policies should include the following aspects:

- ◆ Structured assessment of the burdens and needs of family caregivers during the course of the disease,
- ◆ Provision and mediation of support services to family caregivers,
- ◆ Provision of information materials, e.g. on support services for relatives, disease-specific materials, palliative and hospice care, services for the grieving.



15. Angehörige: Erfassung von Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen

15. Family caregivers: Assessment of burden and support needs

15.1 Bei Angehörigen von Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung sollten im Krankheitsverlauf ihre Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse erfasst werden. Das schließt auch die Belange von Kindern und Jugendlichen als Angehörige mit ein.

15.1 Relatives of patients with incurable cancer should have their stress levels and support needs assessed throughout the course of the illness. This includes concerns experienced by children and adolescents in this role.

15.2 Bei Angehörigen von Patient*innen mit nicht-heilbaren Krebserkrankungen sollte neben dem persönlichen Gespräch für die Erfassung von Belastungen und Unterstützungsbedürfnissen standardisierte Angehörigen-Selbsterfassungsfragebögen (wie z.B. CAREPAL*) eingesetzt werden.

15.2 For relatives of patients with incurable cancer, standardized self-assessment questionnaires for relatives (such as CAREPAL*) should be used in addition to personal interviews to assess stress levels and support needs.

*Ullrich, A., Bergelt, C., Marx, G., Daubmann, A., Benze, G., Heine, J., Dickel, L. M., Wowretzko, F., Zhang, Y., Bokemeyer, C., Nauck, F., Oechsle, K. (2024). The CAREPAL-8: a short screening tool for multidimensional family caregiver burden in palliative care. BMC Palliative Care, 23(1), doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01480-w>

15.3 Angehörige von Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung sollen entsprechend ihren Bedarfen durch das Behandlungsteam unterstützt und begleitet werden. Bedarfsabhängig soll spezifische Unterstützung durch multiprofessionelle Teams der spezialisierten Palliativversorgung, Psychoonkologie, Fachpflege, Sozialarbeit, Case-Management, Seelsorge, Ambulante Hospizdienste etc. eingebunden werden. Bei angehörigen Kindern und Jugendlichen sollte niedrigschwellige, altersspezifische Unterstützung angeboten werden.

15.3 Family caregivers of patients with incurable cancer shall receive support from the patient's treatment team in accordance with their needs. Multiprofessional teams incorporating professionals from the fields of specialist palliative care, psycho-oncology, specialist nursing, social work, case management, spiritual and pastoral care, outpatient hospice services, etc., shall provide specific support as required. Children and young people should be offered easily accessible, age-specific and age-appropriate support.



16. Angehörige informieren / einbinden

16. Providing information to family caregivers and involving them in care

16.1 Angehörigen von Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung sollen Informationen zu Palliativversorgung und Angehörigen-Unterstützungsangeboten zukommen, unabhängig davon, ob bei den Patient*innen eine tumorspezifische Therapie durchgeführt wird.

16.1 Family caregivers of patients with incurable cancer shall receive information on palliative care and on support services for family caregivers, regardless of whether the patient is receiving tumor-specific therapy.

16.2 Angehörige von Patient*innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung sollen mit deren Einverständnis über Therapieentscheidungen sowie die Behandlungs- und Versorgungsplanung informiert und in Patient*innen-Gespräche aktiv eingebunden werden. Dazu sollte ggfs. auch digital-gestützte Kommunikation genutzt werden.

16.2 Where the patient consents to this, family caregivers of patients with incurable cancer shall receive information on treatment decisions and the planning of treatment and care and should be able to participate actively in doctor-patient conversations. Digital means of communication should be used for this purpose where necessary and appropriate.



17. Integration in das Basisscreening der Onkologie

17. Integration of palliative care in basic oncological screening procedures

17.1 Das Screening auf Bedarf an SPV soll Bestandteil des onkologischen Screenings von Patient*innen mit nicht-heilbaren und fortschreitenden Erkrankungen sein. Hauptkriterium für die Integration von spezialisierter palliativer Versorgung (SPV) soll die Belastungssituation der Patientin / des Patienten sein. Auch die Belastung Angehöriger kann ein Kriterium sein. Eine durch eine Erkrankung limitierte Lebenszeit allein ist kein ausreichendes Kriterium für die Integration von SPV.

17.1 Screening to identify a need for SPC shall be a component of the oncological screening of patients with incurable and progressive disease. The primary criterion for the integration of SPC shall be the stress situation of the patient. The stress experienced by relatives can also be a criterion. A limited life expectancy due to illness alone is not a sufficient criterion for the integration of SPC.

17.2 Auch bei Patient*innen, deren Erkrankung potenziell heilbar ist, kann ein spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsbedarf bestehen.

17.2 Patients with a potentially curable disease may also require specialist palliative care.



18. Screening: Einrichtungsinterne Prozesse gestalten

18. Screening: creating and managing internal processes

18.1 In CCCs soll in Absprache zwischen Onkologie und spezialisierter Palliativmedizin ein zentraler CCC-weiter Prozess zur Identifikation von Patient*innen mit Bedarf an SPV konsentiert und implementiert werden.

18.1 Oncologists and specialist palliative care professionals in CCCs shall agree on and implement a central CCC-wide process for identifying patients with a need for SPC.

18.2 Der Prozess sollte umfassen:

18.2 This process should encompass:

a) ...Kriterien, bei welchen Patient*innen und zu welchen Zeitpunkten ein Screening auf SPV-Bedarf erfolgen soll.

...criteria for identifying which patients should receive screening for SPC needs and the points during the course of disease at which screening should take place.

b) ...Auswahl eines Screeningtools, z.B. anhand der Toolbox* oder der Standard Operating Procedure (SOP) Onkologisches Basisscreening** inklusive Festlegung konkreter Auswertungskriterien (Cut-Off) anhand derer ein vertieftes Assessment von SPV-Bedarf initiiert wird.

... the selection of a screening tool, e.g., based on the toolbox* or the Standard Operating Procedure (SOP) for Oncological Basic Screening**, including the definition of specific evaluation criteria (cut-off) for further in-depth assessment by the specialist palliative care team.

*Müller, E., Gahr, S., Schnabel, A., Müller, M. J., Sölder, P., Tewes, M., Roch, C. (2024). Screening auf Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung. Die Onkologie, 1-7, doi: <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01574-3>

**OnkoZert GmbH (2026). Onkologisches Basisscreening, <https://www.onkozert.de/informationen-zertifizierung/hinweise-downloads/onkologisches-basisscreening/> abgerufen am 16.03.2026

- c) ...Zuständigkeiten für die Durchführung und die Auswertung des Screenings und des vertieften Assessment bei screening-positiven Patient*innen und die Entscheidung über die Integration der spezialisierten Palliativversorgung.

...determining which professionals will assume responsibility for the conduction and analysis of the screening and the in-depth assessment of patients whose initial screening is positive, and for taking decisions on whether specialist palliative care should become part of the patient's care.

- d) ...alternative Screeningansätze, falls das gewählte Screeningtool nicht bei allen Patient*innen anwendbar ist (z.B. keine Bearbeitung eines Patientenfragebogens möglich).

...alternative screening approaches in case the selected screening tool is not applicable to all patients (for example, the patient is unable to complete a self-report questionnaire).



19. Auswahl der Screeningtools

19. Choice of screening tools

19.1 Als potenzielle Screeningtools können Patient-Reported Outcome Measures (PROMs; Patientenfragebögen), von Fachpersonal bearbeitete Scores / Kriterienlisten und / oder Routinedaten herangezogen werden.

19.1 Patient-reported outcome measures (PROMs; patient questionnaires), scores / lists of criteria completed by healthcare professionals, and/or routine data may serve as potential screening tools.

19.2 Es soll ein Screeningtool gewählt werden, das

- ◆ die Bedarfe bzw. Belastungen der Patient*innen erfasst,
- ◆ für die Identifikation von SPV-Bedarf validiert wurde, so dass Kriterien für die Interpretation der Ergebnisse (z.B. Cut-Off) vorliegen,
- ◆ die allgemeinen Anforderungen an Testkriterien in der Medizin erfüllt (Reliabilität, Objektivität etc.).

19.2 CCCs shall choose a screening tool that

- ◆ is able to ascertain the patient's needs and the burdens affecting them
- ◆ has been validated for the identification of SPC needs, meaning that criteria for the interpretation of results (such as cut-offs) are available
- ◆ meets the general standards for test criteria in medicine (reliability, objectivity, etc.).



20. Vertieftes Assessment bei screening-positiven Patient*innen

20. In-depth assessment for patients whose initial screening is positive

20.1 Bei screening-positiven Patient*innen soll der Umfang der Belastung und der Bedarf an Palliativversorgung durch ein vertieftes Assessment durch die spezialisierte Palliativversorgung weiter abgeklärt werden. Unabhängig von dieser Entscheidung soll die allgemeine Palliativversorgung fortgeführt werden.

20.1 For patients who test positive in the screening, an in-depth assessment by specialist palliative care services shall clarify the extent of the burden and the need for palliative care. Regardless of this decision, general palliative care shall continue.

20.2 Das vertiefte Assessment soll bei Patient*innen mit nicht-heilbarer Erkrankung durch die spezialisierte Palliativversorgung erfolgen.

20.2 Palliative care specialists shall conduct the in-depth assessment of patients with incurable cancer.

20.3 Das Assessment soll im Gespräch mit Patient*innen und / oder Angehörigen erfolgen.

20.3 The assessment shall take place in dialogue with patients and/or family caregivers.

20.4 Es sollen weitere Informationen eingeholt werden, die dazu beitragen, gezielt die Zuständigkeit für die Versorgung zu klären, z.B. zu Ursachen und Verlauf der Symptome / Belastungen oder bereits bestehender Unterstützung / Behandlung.

20.4 The assessing professionals shall seek to acquire additional information with the specific purpose of identifying remits and responsibilities for the patient's care; such information might include details of the causes and progression of symptom burden and distress or of support/treatment already in place.

20.5 Bei der Zuweisungsentscheidung sollen lokale Rahmenbedingungen wie Ressourcen in der spezialisierten Palliativversorgung und der allgemeinen Palliativversorgung in der Onkologie berücksichtigt werden.

20.5 Referral decisions on responsibility shall take account of local conditions and circumstances, such as the resources available in specialist and general oncological palliative care.

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 Patient*innen 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, zukünftig relevant erscheinen [22] und implementiert sind [13]. 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 Mitglieder*innen der AG Palliativmedizin mit Unterstützung der Koordinationsstelle Palliativmedizin und eines Expertenbeirats der AG Palliativmedizin des CCC-Netzwerkes, unter Berücksichtigung einer leitliniengerechten Aufbereitung, erarbeitet.

Tab. 1: Themen der in der AG Palliativmedizin (CCC-Netzwerk) erstellten Standard Operating Procedures

Titel	Korrespondenzautoren
Akuter Verwirrheitszustand und Delir in der Palliativmedizin	Elisabeth Jentschke, Carmen Roch
SOP-Angst	Beate Hornemann
SOP-Atemnot bei Erwachsenen Palliativpatienten	Johannes Rosenbruch
SOP-Aufnahmekriterien auf die Palliativstation	Jan Gärtner
SOP-Behandlung und Betreuung in der Sterbephase	Thomas Montag
SOP-Darmpassagestörung in der Palliativmedizin	Stefan Schönsteiner
Depression in der Palliativmedizin	Jacqueline Schwartz
SOP-Fatigue	Lukas Radbruch
SOP-Inappetenz und Kachexie	Thomas Gelbrich

SOP-Gezielte Sedierung in der Palliativversorgung	Carsten Klein
SOP-Subkutane Medikamentengabe und Infusionen in der erwachsenen Palliativmedizin Version II	Jörg Hense
SOP-Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation	Christoph Ostgathe
SOP-Übelkeit und Erbrechen bei Palliativpatient*innen Version II	Johann Ahn
SOP-Schmerztherapie bei Patienten mit einer Tumorerkrankung in Palliativsituation	Burkhard Dasch
Versterben im Krankenhaus - Umgang mit und Versorgung von Verstorbenen und ihren An- und Zugehörigen	Burkhard Dasch
SOP-Mitbetreuung der Angehörigen von Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Erkrankungsverlauf	Karin Oechsle
SOP-Mitbetreuung der Angehörigen von Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in der Sterbephase	Karin Oechsle

Diese sind als Reihe auf der Website „Netzwerk Onkologische Spitzenzentren“ unter „Palliative Netzwerk-SOPs“ (<http://www.ccc-netzwerk.de/netzwerk-sops/palliative-netzwerk-sops.html>, (Stand: 12.08.2026) und in der Fachzeitschrift „Der Onkologe“ vom Springer Medizin Verlag GmbH (<https://www.springermedizin.de/handlungsempfehlungen-fuer-die-palliativmedizin/16357060>) veröffentlicht und frei zugänglich.

⑥ Veröffentlichungen aus der AG Palliativmedizin

Originalarbeiten

Mueller E, Gahr S, Schnell A, Aulmann C, Roch C (2026) Practice patterns of strong opioid recommendations by palliative care consultation services in German hospitals (online survey). *BMC Palliat Care*, 31;25(1):223. <https://doi.org/10.1186/s12904-026-02266-y>

Mueller E, Gahr S, Schnell A, Schildmann E, Boehlke C, Roch C (2025) Challenges in opioid therapy implementation: national survey of palliative care consultation services. *BMC Palliative Care*, 24(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01921-0>

Berendt J, Heckel M, Ostgathe C, Stiel S, Stachura P, Becker A, Beckmann M W, Gahr S (2025) Place of Death of Cancer Patients Treated at a German Comprehensive Cancer Centres. In *Einreichung: Palliative Medicine Reports* 6(1). 273-281, doi: <https://doi.org/10.1089/pmr.2024.0097>

Berendt J, Brunner S, Heckel M, Tewes M, Ostgathe C, Gahr S (2024) Symptom burden and relief in palliative care units of German Comprehensive Cancer Center and other hospitals. *J Cancer Res Clin Oncol*;150(3):160. doi: <https://doi.org/10.1007/s00432-023-05557-6>

Gahr S, Brunner S, Heckel M, Ostgathe C (2023) „Gibt es entitätsspezifische Kriterien für den Beginn der spezialisierten Palliativversorgung für nicht heilbare Krebserkrankungen? Ein Scoping Review“. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 24, Nr. 05.

van Oorschot B, Pigorsch S, Werner L, Roch C, Müller E, Alt-Epping B, & Letsch A (2022). Von der „frühen“ zur „zeitgerechten“ Integration der Palliativversorgung in die Behandlung onkologischer Patient:innen. *Onkologie* 28, 964-973 <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01239-z>

Brunner S, Heckel M, Zenz D, Ostgathe C, Gahr S (2022) Gesundheits- und krankheitsbezogene Daten von Patienten auf Palliativstationen der onkologischen Spitzenzentren und anderer Krankenhäuser im Vergleich – Daten aus dem Hospiz- und Palliativregister, *Wien Med Wochenschrift* 172(5): 172-180, doi: <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00910-1>

Brunner S, Heckel M, Zenz D, Ostgathe C, Gahr S. (2022) [Health- and disease-related data of inpatients in palliative care units of the Comprehensive Cancer Centers and other hospitals in comparison-Data from the Hospice and Palliative Care Register]. *Wien Med Wochenschr.* 172(7-8):172-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00910-1>

Biersching T, Schweda A, Oechsle K, Nauck F, Rosenbruch J, Schuler U, Hense J, Neukirchen M, Weber, M, Junghanss C, Kramer T, Ostgathe C, Thuss-Patience P, van Oorschot B, Teufel M, Schuler M, Bausewein C, Tewes M, on behalf of the OUTREACH Study Group (2023) The OUTREACH Study: Oncologists of German University Hospitals in Rotation on a palliative care unit - Evaluation of Attitude and Competence in palliative care and Hospice, *J Cancer Res Clin Oncol.* 149(7):2929-2936. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04131-w>

Oubaid N, Ullrich A, Schwenzitzki L, Berendt J, Heckel M, Hentschel L, Hornemann B, Jentschke E, Pauli B, Simon ST, Stiel S, van Oorschot B, Oechsle K. (2022) Deutschsprachige Instrumente zur Bedarfserhebung bei Angehörigen. Eine narrative Übersicht über verfügbare Selbsteinschätzungsinstrumente zur Erfassung verschiedener Aspekte möglicher Angehörigenbedarfe. *Onkologie*;28(5):420-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01131-w>

Tewes M, Baumann F, Teufel M, Ostgathe C. (2021) Symptome und Interventionsmöglichkeiten während ambulanter Tumorthérapien. Dtsch Arztebl Int; 118: 291-7; doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0028>

Roch C, Heckel M, Van Oorschot B, Alt-Epping B, Tewes M (2021) Screening for Palliative Care Needs: Pilot Data From German Comprehensive Cancer Centers. JCO Oncol Pract, 17(10):e1584-e1591, doi: <https://doi.org/10.1200/OP.20.00698>

Oechsle K, Theißen T, Heckel H, Schwenzitzki L, Ullrich A, Ostgathe C (2021) Mitbetreuung und Einbeziehung von Angehörigen in Comprehensive Cancer Centern – eine Erhebung der AG Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren. Dtsch Med Wochenschr; 146(18): e74-e80, doi: <https://doi.org/10.1055/a-1543-2511>

Gahr S, Lödel S, Berendt J, Thomas M, Ostgathe C (2020): Implementation of best practice recommendations for palliative care in German Comprehensive Cancer Centers. The Oncologist. 25(2): e259-e265. doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0126>

Lödel S, Ostgathe C, Heckel M, Oechsle K, Gahr S (2020): Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in German Comprehensive Cancer Centers - an Evaluation of the Implementation Status. BMC Palliat Care. 19: 62. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00565-6>

Berendt J, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Gahr S, Schwartz J, Neukirchen M (2020) Zusammenarbeit von Intensivmedizin und Palliativmedizin – Eine Bestandsaufnahme an den deutschen onkologischen Spitzenzentren. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin. 116(7): p. 586-594. doi: <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00712-0>.

Gahr S, Berendt J, Lödel S, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Zader K, Schwartz J, Neukirchen M (2019): Palliativdienste in den deutschen Comprehensive Cancer Centern. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 144(23): e153-e159. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0961-7236>

Berendt J, Thomas M, Neukirchen M, Schwart, J, Hense J, & Tewes M (2019). Integration von Palliativmedizin in onkologische Spitzenzentren Deutschlands – ambulante Sprechstunden und Rotationsprogramme der spezialisierten Palliativmedizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 143(17), e139-e145. <https://doi.org/10.1055/a-0626-9934>. Mit Nachdruck 2019 in TumorDiagnostik & Therapie, 40(05), 293-299.

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. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3667-y>

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. <https://doi.org/10.1007/s00482-016-0132-7>

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. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0063>

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. <https://doi.org/10.1055/s-0041-106089>

Weitere Zeitschriftenbeiträge

Müller E, Gahr S, Schnabel A, Müller M, J, Sölder P, Tewes M, Roch C (2024) Screening auf Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung. *Onkologie* 30, 850–856. <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01574-3>

Gahr S, Berendt J, Tewes M (2023) Palliativmedizin in onkologischen Spitzenzentren. Rolle der von der Deutschen Krebshilfe geförderten AG Palliativmedizin. *Forum* 38:368–372. <https://doi.org/10.1007/s12312-023-01240-6>

Van Oorschot B, Pigorsch S, Werner L, Roch C, Müller E, Alt-Epping B, Letsch A (2022). Von der „frühen“ zur „zeitgerechten“ Integration der Palliativversorgung in die Behandlung onkologischer Patient:innen. *Die Onkologie* 28:964–973. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01239-z>

Gärtner J, Gahr S, Reinholz U, Kunz R, Jentschke E, Roch C (2022) Palliativversorgung im finalen Tumorstadium: Sinnvolle Strategien für die Versorgung im Delir. *Dtsch Arztebl International*;119(48):[12]. <https://doi.org/10.3238/PersOnko.2022.12.02.02>

Berendt J, Gahr S, Heckel M, Tewes M, Ostgathe C (2022) 10 Jahre AG Palliativmedizin im Netzwerk der Onkologischen Spitzenzentren, *Z Palliativmed* 23(1): 8–9. <https://doi.org/10.1055/a-1688-7739>

Heckel M, Berendt J, Gahr S, Kauzner S, Schleef T, Herbst FA (2022) Scoping Reviews in der Palliativforschung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*;23(06):309–13. <https://doi.org/10.1055/a-1933-4555>

Berendt J, Steigleder T, van Oorschot B, Villalobos M, Simon S, T, Scherg A, & Ostgathe C (2018). Comprehensive Cancer Center (CCC) in Deutschland: Ergebnisse einer Befragung zu Empfehlungen für die Palliativmedizinische Lehre im Medizinstudium. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19(05), 259–265. <https://doi.org/10.1055/a-0663-6340>

Ostgathe C, Thomas M: Standards für die Palliativmedizin. *Der Onkologe* 2018; 24: 1–90.

Ostgathe C, Thoma, M, Berendt J et al. Standard Operating Procedures (SOPs) zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center (CCCs). *Onkologie* 23, 211–212 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00761-017-0201-2>

SOP Veröffentlichungen

Oechsle K et al. (2024) SOP – Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Erkrankungsverlauf. *Die Onkologie* 30: 1053–1061.

Oechsle K et al. (2024) SOP – Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in der Sterbephase. *Die Onkologie* 30: 976–984.

Rosenbruch J et al. (2022): SOP – Atemnot bei erwachsenen Palliativpatienten. *Die Onkologie* 30: 83–86.

Gärtner J et al. (2022): SOP – Aufnahmekriterien auf die Palliativstation. *Die Onkologie* 30: 67–69.

Montag T et al. (2024): SOP – Behandlung und Betreuung in der Sterbephase. *Die Onkologie* 30: 1156–1160.

Cuhls H et al. (2022): SOP – Fatigue. *Die Onkologie* 30: 76–82.

Gelbrich T et al. (2024): SOP – Inappetenz und Kachexie. *Die Onkologie* 30: 87–93.

Klein C et al. (2025): SOP – Gezielte Sedierung in der Palliativmedizin. Die Onkologie 31: 1068-1073.

Ahn J et al. (2024): SOP – Übelkeit und Erbrechen bei Palliativpatient:innen Version II. Die Onkologie 30: 312-318.

Ostgathe C et al. (2022): SOP – Umgang mit multiresistenten Erregern auf der Palliativstation. Die Onkologie 30: 106-112.

Kreymann F et al. (2024): Versterben im Krankenhaus – Umgang mit und Versorgung von Verstorbenen und ihren An- und Zugehörigen. Die Onkologie 30: 617-625.

Jentschke E, Roch C et al. (2023): Akuter Verwirrheitszustand und Delir in der Palliativmedizin. Die Onkologie 29: 141-146.

Dasch B et al. (2023): SOP – Schmerztherapie bei Patienten mit einer Tumorerkrankung in Palliativsituation. Die Onkologie 30: 114-124.

Hense J et al. (2023): SOP – Subkutane Medikamentengabe und Infusionen in der erwachsenen Palliativmedizin Version II. Die Onkologie 29: 1088-1096.

Hornemann B et al. (2022): SOP – Angst. Die Onkologie 28: 1015-1021.

Schwartz J et al. (2024): SOP – Depression in der Palliativmedizin. Die Onkologie 28: 931-936.

Abstract – Tagungsbeitrag als Vortragspräsentation

Berendt J, Heckel M, Tewes M, Gahr S, Oechsle K, Roch C, Reinholz U, Ostgathe C (2026) Modified Delphi Study on Integrating Palliative Care in Comprehensive Cancer Centers in Germany. 37. Deutscher Krebskongress, <https://karger.com/ort/article-pdf/49/Suppl.%201/1/4506940/000550849.pdf>

Berendt J, Heckel M, Gahr S, Ahn J, Tewes M, Ostgathe C (2026) Progress in Palliative Care within German Comprehensive Cancer Centers – An Updated National Survey. 20th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Prag. <https://journals.sagepub.com/toc/pmja/40/6>

Berendt J, Kamm O, Gahr S, Reinholz U, Heckel M, Ostgathe C (2023) Die Sterbephase erkennen – ein Scoping Review zu möglichen Indikatoren. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2023/23dkvf_429.shtml

Oubaid N, Ullrich A, Schwenzitzki L, Berendt J, Heckel M, Hentschel L, Hornemann B, Jentschke E, Pauli B, Simon S, Stiel S, van Oorschot B, Oechsle K (2022) Deutschsprachige Selbsteinschätzungsinstrumente zur Bedarfserfassung bei Angehörigen von Patient:innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen – ein narrativer Review. 14. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Vortrag.

Brunner S, Berendt J, Tewes M, Ostgathe C, Gahr S (2022) Comparison of Symptom Burden Between Patients of in Palliative Care Units of Oncological Centers of Excellence and Other Hospitals, Abstracts from the 12th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Palliative Medicine, 36(1S): 92 (P04:18), doi: <https://doi.org/10.1177%2F02692163221093145>

Berendt J, Gahr S, Mallmann B, Ostgathe C, Heckel M (2022) Patient and Public Involvement – Contribution to the Development of an Survey Instrument, Abstracts from the 12th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Palliative Medicine, 36(1S): 95-96 (P04:28), doi: <https://doi.org/10.1177%2F02692163221093145>

Berendt J, Gahr S, Heckel M, Ostgathe C (2021) Palliative care research knowledge transfer – a website analysis of Comprehensive Cancer Centers, Abstracts from the 17th World Congress of the European Association for Palliative Care 2021, Palliative Medicine, 35(1S): 187 (N-07), doi: <https://doi.org/10.1177/02692163211035909>

Brunner S, Heckel M, Ostgathe C, Gahr S (2021) Health- and Disease-related Data of Inpatients in Palliative Care Units of the Comprehensive Cancer Centers and Other Hospitals in Comparison - Data from the Hospice and Palliative Care Register, Abstracts from the 17th World Congress of the European Association for Palliative Care 2021, Palliative Medicine, 35(1S): 152 (J-26), doi: <https://doi.org/10.1177/02692163211035909>

Gahr S, Berendt J, Lödel S, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Zader K, Schwartz J, Neukirchen M (2018): Palliativdienste in den deutschen Comprehensive Cancer Centern. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Bremen.

Berendt J (2018): Best Practice Palliativmedizin – Empfehlungen für die deutschen Comprehensive Cancer Center (CCCs). 5. Symposium Palliativmedizin, Tübingen.

Berendt J, Stiel S, Stachura P, Beckmann M, Ostgathe C (2017): Sterbeort von Patienten onkologischer Spitzenversorgung – Eine retrospektive Erhebung für ein deutsches Comprehensive Cancer Center. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin.

Berendt J, Stachura P, Stiel S, Beckmann M, Ostgathe C (2017): Place of Death of Cancer Patients (2009–2013) from a Comprehensive Cancer Center in Germany – Preliminary Data from a Feasibility Follow-up Study. 15th World Congress of the European Association for Palliative Care, Madrid. European Journal of Palliative Care. 202.

Berendt J, Ostgathe C (2017): Bestandsanalyse zur Palliativmedizin in den CCCs und Best Practice-Empfehlungen der AG Palliativmedizin im CCC-Netzwerk. 4. Symposium Palliativmedizin im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center, Hamburg.

Berendt J, Stiel S, Simon ST, Schmitz A, van Oorschot B, Stachura P, Ostgathe C (2016): Best Practice Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center (CCCs). 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig.

Berendt J, Stiel S (2014): Stand der Einbindung von Palliativmedizin in den von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs. 1. Symposium Palliativmedizin im Netzwerk der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center, Dresden.

Abstract – Tagungsbeitrag als Posterpräsentationen

Berendt J, Heckel M, Tewes M, Gahr S, Oechsle K, Roch C, Reinholz U, Ostgathe C (2025) Modified Delphi study on integrating palliative care in comprehensive cancer centers in Germany. The 19th World Congress of the European Association for Palliative Care 29 – 31 May 2025 Helsinki, Finland. Palliative Medicine. 2025;39(2_suppl):1-490. doi:10.1177/02692163251335482

Roch C, Gahr S, Schnabel A, Müller M, Sölder P, Tewes M, Müller E (2024) Screening for specialist palliative care need in oncology: literature review and toolbox. 36. Deutscher Krebsskongress, Berlin. <https://karger.com/ort/article-pdf/47/Suppl.%201/7/4169504/000535363.pdf>

Berendt J, Kamm O., S. Gahr, U. Reinholz, C. Ostgathe, und Heckel M. (2023) Evidence of Clinical and Non-clinical Signs that Someone Is in the Last Days or Hours of Life - A Scoping Review. In Palliative Medicine, 37:106. 18th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Rotterdam.

Brunner S, Berendt J, Tewes M, Ostgathe C, Gahr S, (2022) Comparison of Symptom Burden Between Patients of in Palliative Care Units of Oncological Centers of Excellence and Other Hospitals. 12th World Research Congress of the EAPC; online: SAGE Publications.

Berendt J, Gahr S, Mallmann B, Ostgathe C, Heckel M, (2022) Patient and Public Involvement – Contribution to the Development of an Survey Instrument. 12th World Research Congress of the EAPC; online: SAGE Publications.

Berendt J, Gahr S, Heckel M, Ostgathe C (2021) Palliative Care Research Knowledge Transfer - A Website Analysis of Comprehensive Cancer Centers. 17th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Online.

Brunner S, et al. Health- and Disease-related Data of Inpatients in Palliative Care Units of the Comprehensive Cancer Centers and Other Hospitals in Comparison - Data from the Hospice and Palliative Care Register. in 17th EAPC World Congress Online. 2021. online: SAGE Publications.

Gahr S, Brunner S, Oechsle K, Ostgathe C (2020) Implementierung von Best Practice Empfehlungen in Deutschen Onkologischen Spitzenzentren. 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, online.

Gahr S, Lödel S, Berendt J, Thomas M, Ostgathe C (2019): Implementation of best practice recommendations for palliative care in German Comprehensive Cancer Centers. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Berlin.

Lödel S, Ostgathe C, Gahr S (2019): Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in the German Comprehensive Cancer Center Network - an evaluation of the implementation status. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Berlin.

Berendt J, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Schwartz J, Neukirchen M (2018): Integration of specialized palliative care in the care of patients of the intensive and intermediate care units in German Comprehensive Cancer Center. 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Bern.

Berendt J, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2018): Intensity of treatment at end of life of cancer patients in a Comprehensive Cancer Center – Preliminary Data of a feasibility study. 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care, Bern.

Berendt J, Stachura P, Stiel S, Heckel M, Ganslandt T, Becker A, Ostgathe C (2018): Überprüfung von Indikatoren für die Therapieintensität am Lebensende bei Tumorpatienten in Comprehensive Cancer Centers (CCC) – Hürden und Herausforderungen bei einer Machbarkeitsstudie zur Nutzung von Routinedaten am CCC Erlangen-EMN. 6. Wissenschaftliche Arbeitstage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Göttingen.

Berendt J, Stiel S, Simon ST, Schmitz A, van Oorschot B, Stachura P, Ostgathe C (2016): Best Practice Empfehlungen zur Integration der Palliativmedizin in die von der Deutschen Krebshilfe geförderten Comprehensive Cancer Center (CCCs). 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Leipzig.

Berendt J, Stiel S, Simon ST, van Oorschot B, Schmitz A, Stachura P, Ostgathe C (2016): How to Integrate Palliative Care into German Comprehensive Cancer Center? A Delphi Consensus Study. 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Dublin. Palliative Medicine. NP279.

Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gärtner J, Thuss-Patience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2016): Palliative Care at Comprehensive Cancer Center: A comparative look at integration in Germany. 32. Deutscher Krebskongress, Berlin. Oncology Research and Treatment. 39(suppl 1). VII-191. 129.

Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gärtner J, Thuss-Patience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2015): Where do we stand? – Integration of Palliative care into Comprehensive Cancer Centers in Germany. 7th Mildred Scheel Cancer Conference (7th MSCC), Königsberg.

Berendt J, Oechsle K, Thomas M, van Oorschot B, Schmitz A, Radbruch L, Simon ST, Gärtner J, Thuss-Patience P, Schuler US, Hense J, Gog C, Viehrig M, Mayer-Steinacker R, Stachura P, Stiel S, Ostgathe C (2015): Where do we stand in Germany? – Integration of Palliative Care into German Comprehensive Cancer Center. 14th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Copenhagen. European Journal of Palliative Care. 104.

Abstract – Abstractbook (print only)

Lödel S, Ostgathe C, Gahr S (2019): Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in the German Comprehensive Cancer Center Network - an evaluation of the implementation status. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Berlin.

Gahr S, Lödel S, Berendt J, Thomas M, Ostgathe C (2019): Implementation of best practice recommendations for palliative care in German Comprehensive Cancer Centers. 16th World Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Berlin.

Gahr S, Berendt J, Lödel S, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Zader K, Schwartz J, Neukirchen M (2018): Palliativdienste in den deutschen Comprehensive Cancer Centern. 12. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Bremen.

Stachura P, Schuler US, Berendt J, Stiel S, Ostgathe C (2016) Integration and Relevance of Standard Operating Procedures for Palliative Care within the Network of German Comprehensive Cancer Centers. 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Dublin, Palliative Medicine. NP 291.

Berendt J, Stiel S, Simon ST, Schmitz A, van Oorschot B, Stachura P, Ostgathe C (2016) How to Integrate Palliative Care into German Comprehensive Cancer Center? A Delphi Consensus Study. 9th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), Dublin, Palliative Medicine. NP 279.

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, Wiegel 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] Brandts CH (2017) Comprehensive Cancer Center in Deutschland. Onkologe 23, 727-735.
- [5] Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG (o.J.). Palliativversorgung. URL: <https://www.dkg-ev.de/themen/versorgung-struktur/versorgungsformen/palliativversorgung/>, Stand: 29.01.2026.
- [6] Bundesministerium für Gesundheit (2015) Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 50, S. 2114-2121. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/>, Stand: 29.01.2026
- [7] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V., Bundesärztekammer (2015) Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland URL: <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>; Stand: 26.09.2024.
- [8] Kleeberg UR, Wedding U, Gärtner J, Voltz R (2011) Onkologie und Palliativmedizin: Eine Standortbestimmung. Info Onkologie. 14(6): 50-55.
- [9] Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV): Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit URL: https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html, Stand: 06.08.2025.
- [10] Deutsche Krebshilfe (2015) Stellungnahme der Deutschen Krebshilfe zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (HPG) – Bundestags-Drucksache 18/5170. URL: https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Bilder/04_INFORMIEREN/05_Ueber_uns/06_Stellungnahmen/Stellungnahme_Deutsche_Krebshilfe_HPG_17_09_2015.pdf, Stand: 30.01.2026
- [11] Deutsche Krebshilfe (2017) Menschliche Begleitung am Lebensende. URL: <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/palliativmedizin/>, Stand: 29.01.2026
- [12] 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.

- [13] 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.
- [14] Berendt J, Thomas M, Neukirchen M, Schwartz J, Hense J, & Tewes M (2019). Integration von Palliativmedizin in onkologische Spitzenzentren Deutschlands – ambulante Sprechstunden und Rotationsprogramme der spezialisierten Palliativmedizin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 143(17), e139-e145. <https://doi.org/10.1055/a-0626-9934>. Mit Nachdruck 2019 in *TumorDiagnostik & Therapie*, 40(05), 293-299.
- [15] Gahr S, Berendt J, Lödel S, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Zader K, Schwartz J, Neukirchen M (2019): Palliativdienste in den deutschen Comprehensive Cancer Centern. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 144(23): e153-e159.
- [16] Berendt J, Ostgathe C, Simon ST, Tewes M, Gahr S, Schwartz J, Neukirchen M (2020) Zusammenarbeit von Intensivmedizin und Palliativmedizin – Eine Bestandsaufnahme an den deutschen onkologischen Spitzenzentren. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 116(7): p. 586-594.
- [17] 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.
- [18] Lödel S, Ostgathe C, Heckel M, Oechsle K, Gahr S (2020): Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in German Comprehensive Cancer Centers - an Evaluation of the Implementation Status. *BMC Palliat Care*. 19: 62.
- [19] Roch C, Heckel M, Van Oorschot B, Alt-Epping B, Tewes M (2021) Screening for Palliative Care Needs: Pilot Data From German Comprehensive Cancer Centers. *JCO Oncol Pract*, 17(10):e1584-e1591.
- [20] Oechsle K, Theißen T, Heckel H, Schwenzitzki L, Ullrich A, Ostgathe C (2021) Mitbetreuung und Einbeziehung von Angehörigen in Comprehensive Cancer Centern – eine Erhebung der AG Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Onkologischen Spitzenzentren. *Dtsch Med Wochenschr*; 146(18): e74-e80.
- [21] 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.
- [22] Gahr S, Lödel S, Berendt J, Thomas M, Ostgathe C (2020): Implementation of best practice recommendations for palliative care in German Comprehensive Cancer Centers. *The Oncologist*. 25(2): e259-e265.
- [23] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> Stand: 26.09.2024.

[24] Springer Medizin Verlag GmbH (2026) Handlungsempfehlungen für die Palliativmedizin. In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCCs. URL: <https://www.springermedizin.de/handlungsempfehlungen-fuer-die-palliativmedizin/16357060>, Stand: 29.01.2026.

[25] Müller E, Gahr S, Schnabel A, Müller M J, Sölder P, Tewes M, Roch C (2024) Screening auf Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung. *Onkologie* 30, 850–856. <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01574-3>

[26] Oubaid N, Ullrich A, Schwenzitzki L, Berendt J, Heckel M, Hentschel L, Hornemann B, Jentschke E, Pauli B, Simon ST, Stiel S, van Oorschot B, Oechsle K. (2022) Deutschsprachige Instrumente zur Bedarfserhebung bei Angehörigen. Eine narrative Übersicht über verfügbare Selbsteinschätzungsinstrumente zur Erfassung verschiedener Aspekte möglicher Angehörigenbedarfe. *Onkologie*;28(5):420-8.

[27] Oechsle K et al. (2024) SOP - Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Erkrankungsverlauf. *Die Onkologie* 30: 1053–1061.

[28] Oechsle K et al. (2024) SOP – Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung in der Sterbephase. *Die Onkologie* 30: 976–984.

[29] Kreymann F, Ahn J, Behzadi A, Sibbe A, Reinholz U, Demir M, Jentschke M, Rosenbruch J, Ullrich A, Hach M, Nehls M, Mecklenbourg M, Bauer D, Kulla A, Berendt J, Rechenmacher M, Letsch A, Dasch B (2024): Versterben im Krankenhaus – Umgang mit und Versorgung von Verstorbenen und ihren An- und Zugehörigen. *Die Onkologie* 30: 617-625.

[30] Berendt J, Heckel M, Tewes M, Gahr S, Oechsle K, Roch C, Reinholz U, Ostgathe C (2025) Modified Delphi study on integrating palliative care in comprehensive cancer centers in Germany. The 19th World Congress of the European Association for Palliative Care 29 – 31 May 2025 Helsinki, Finland. *Palliative Medicine*. 2025;39(2_suppl):1-490. doi:10.1177/02692163251335482

8 Mitwirkende

Koordinationsstelle Palliativmedizin im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center

Julia Berendt, Dr. rer. biol. hum. – Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Susanne Gahr, apl. Prof. Dr. med. – Fachärztin im Palliativdienst

Martina Börner – Teamassistentin, Korrespondenz, Organisation, Administration

AG Sprecher*in

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

Mitra Tewes, Prof. Dr. med. – Ärztliche Leiterin der Palliativmedizin, Westdeutsches Tumorzentrum, Universitätsmedizin Essen

AG Mitglieder, Ansprechpartner*innen in der AG Palliativmedizin

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

Martin Neukirchen, apl. Prof. Dr. med. – Ärztlicher Leiter Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Philipp Lenz, Prof. Dr. med. – Ärztliche Leitung Palliativmedizin, Geschäftsführer Westdeutsches Tumorzentrum, Universitätsklinikum Münster

Ulrich Siegfried Schuler, PD Dr. med. – Direktor des Universitäts PalliativCentrums und Medizinische Klinik I, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

Johanna Anneser, apl. Prof. Dr. med. – Leiterin des Funktionsbereichs Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center München, TUM Klinikum Rechts der Isar

Johann Ahn, Dr. med. – Ärztliche Leitung Palliativstation, Oberarzt Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie, Charité Comprehensive Cancer Center, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Bernd Alt-Epping, Prof. Dr. med. – Ärztlicher Direktor der Klinik für Palliativmedizin, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg, Universitätsklinikum Heidelberg

Stefan Schönsteiner, Dr. med. – Leiter der Palliativstation, Oberarzt Klinik für Innere Medizin III, Comprehensive Cancer Center Ulm – Tumorzentrum Alb-Allgäu-Bodensee, Universitätsklinikum Ulm

Stephanie Stiel, Prof. Dr. rer. medic. – Professorin für Versorgungsforschung, Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Niedersachsen, Medizinische Hochschule Hannover

Steffen Simon, Prof. Dr. med. – Oberarzt, Zentrum für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Köln/Bonn (CIO), Uniklinik Köln

Eva Katharina Schildmann, Prof. Dr. med. MSc Palliative Care – Lehrstuhl für Palliativmedizin und Direktorin der Klinik für Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Augsburg, CCC Allianz WERA, Universitätsklinikum Augsburg

Roman Rolke, Prof. Dr. med. – Lehrstuhl und Direktor Klinik für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie Interdisziplinäre Tumoramambulanz (ITA), Universitätsklinikum RWTH Aachen

Michael Rechenmacher, Dr. med. M.A. – Oberarzt Zentrum für Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III – Hämatologie und Internistische Onkologie, Comprehensive Cancer Center Ostbayern, CCC Allianz WERA, Universitätsklinikum Regensburg

Gesine Benze, Dr. med. – Oberärztin der Klinik für Palliativmedizin, Comprehensive Cancer Center Niedersachsen, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Göttingen

Golla Heidrun, Prof. Dr. med. – seit Januar 2025 Universitätsprofessorin für Palliativmedizin und Direktorin der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen.

Carmen Roch, Prof. Dr. med. – Leitung Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Comprehensive Cancer Center Mainfranken, CCC Allianz WERA, Uniklinikum Würzburg, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Ulrike Reinholz, Dr. med. – Kommissarische Leitung der Ableitung für Palliativmedizin, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Mainz, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

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, Tumorzentrum Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Pascale Régincos, Dr. med. – Oberärztin, Abteilung Klinik für Hämatologie, Onkologie, Stammzelltransplantation und Palliativmedizin, Ärztliche Behandlungsleitung Palliativmedizinischer Konsiliardienst, Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital

Florian Lordick, Prof. Dr. med. – Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik 2 – Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie und Pneumologie, Direktor Universitäres Krebszentrum, Mitteldeutsches Krebszentrum, Universitätsklinikum Leipzig

Anne Letsch, Prof. Dr. med. – Leitung Onkologisches Zentrum Standort Kiel, Medizinische Klinik II mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Geschäftsführender Vorstand Universitäres Cancer Center SH, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Lukas Radbruch, Prof. Dr. – Ärztlicher Direktor Klinik für Palliativmedizin, Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), Universitätsklinikum Bonn, Zentrum für Palliativmedizin, Helios Krankenhaus Bonn / Rhein-Sieg

Thomas Kramer, Dr. med. – Oberarzt, Leitung Palliativmedizin am Universitären Centrum für Tumorerkrankungen, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe-Universität

Ulrich Wedding, apl. Prof. Dr. med. – Chefarzt Abteilung für Palliativmedizin, Klinik für Innere Medizin II, Mitteldeutsches Krebszentrum, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität Jena

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

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

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

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

Stefanie Hoyer, Dr. rer. nat. – Projektmanagement Forschungsstelle Palliativmedizinische Abteilung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Jan Gärtner, Prof. Dr. med. – Chefarzt, Facharzt für Anästhesie, Palliativzentrum Bethesda Spital AG, Departement Klinische Forschung, Leiter Forschungsgruppe Palliative Care, Universitätsspital Basel, Schweiz

Peter Esser, Dr. phil. – Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig

Jörg Wiltink, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. – Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Christopher Böhlke, Prof. Dr. Msc. – Spitalarzt Bethesda Spital AG, Abteilung für Palliative Care Universitätsspital Basel, Schweiz

Karin Jaroslowski, Dr. med. – Stellvertretende Chefärztin, Fachärztin für Innere Medizin, Palliativzentrum Hildegard, Basel, Schweiz

Jan Lewerenz, Prof. Dr. med. – Oberarzt, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Ulm

Henning Cuhls, Dr. med. – Chefarzt Palliativmedizin, WEGE KLINIK, Klinik für Palliativmedizin, Bonn

Christian Bogdan, Prof. Dr. med. – Lehrstuhl für Mikrobiologie und Infektionsimmunologie, Direktor Mikrobiologisches Institut, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Bernd Kunz, Dr. med. – Leiter Bereich Hygiene, Diagnostische Abteilung Mikrobiologisches Institut, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Barbara Schlisio, Dr. med. – Oberärztin, Leitung Bereich Schmerzmedizin, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Comprehensive Cancer Center Tübingen, Universitätsklinikum Tübingen

Esther Pogatzki-Zahn, Prof. Dr. med. – Oberärztin, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Münster

Winfried Meißner, Prof. Dr. med. – Leiter Sektion Schmerztherapie, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena

Michaela Hach – Sektion Pflege, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin

Michael Nehls – Geschäftsführer Diakoniestation Schöneberg, Sektion Pflege, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin

Marion Mecklenborg – Fachkrankenschwester für Onkologie, Bundesarbeitsgemeinschaft Palliative Care, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Berlin

Dagmar Bauer – Bundesarbeitsgemeinschaft Palliative Care, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Berlin

Alexander Kulla – Fachreferat Stationäre Hospize, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Bayern, Erlangen

9 Danksagung

Ein großer, herzlicher Dank geht an die Deutsche Krebshilfe, die die Aktivitäten der AG Palliativmedizin des CCC-Netzwerkes 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 Entstehungs- und Anpassungsprozess der Handreichung die Fäden entschlossen zusammengehalten hat.

Im Wesentlichen ist jedoch jedem einzelnen fachlichen Beitrag aus den deutschlandweiten CCC zu danken, der aus den Reihen der spezialisierten Palliativversorgung oder anderen Fachvertreter*innen des jeweiligen CCC 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, zielorientiert und ergiebig, sodass eine sehr gute Grundlage für fortführende und weitere Aktivitäten der AG Palliativmedizin innerhalb des CCC-Netzwerkes besteht.



Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.