

Forum 2020 · 35:206–211
<https://doi.org/10.1007/s12312-020-00792-1>
 Online publiziert: 29. April 2020
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



Bernd Alt-Epping

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Frühzeitige Integration von Palliativmedizin

Was sind die Probleme trotz aller Evidenz?

Einleitung

Spätestens seit den wegbereitenden Studie von Jennifer Temel et al. [1] über die Auswirkungen einer bereits ab der Diagnosestellung der Inkurabilität einsetzenden palliativmedizinischen Mitbetreuung ist das Konzept der „frühzeitigen Integration“ von Palliativmedizin in aller Munde: Unheilbar an Krebs erkrankte Patienten profitieren von einer frühzeitig im Erkrankungsverlauf eingebrachten palliativmedizinischen Perspektive mit Blick auf den Erhalt ihrer Lebensqualität, auf ihr soziales Umfeld, auf die Umsetzung ihrer Behandlungs- und Versorgungspräferenzen sowie auf die Vermeidung von Fehl- und Übertherapie sowie Kosten. (Der in der initialen Studie von J. Temel nachbeobachtete Überlebensvorteil ließ sich bislang nicht in relevanter Weise reproduzieren.)

Studienlage

Mittlerweile besteht reichhaltige Evidenz zugunsten eines solchen frühzeitigen palliativmedizinischen Mitdenkens und

Mithandelns aus mehreren kontrollierten Studien [2–18] und mehreren systematischen Reviews [19–21]. Die aktualisierte S3-Leitlinie „Palliativmedizin“ [22] sowie das Positionspapier der Lancet Oncology Commission [23] und anderer Fachgesellschaften haben diese Evidenz aufgegriffen und unter anderem verdeutlicht, dass es bei dieser „Perspektive“ weniger um eine einzige, scharf definierte palliativmedizinische Behandlungsstruktur oder um eine einzige isolierte therapeutische Maßnahme geht, sondern um zusätzlich eingebrachte Ressourcen und Expertise, um ein Zusammenwirken verschiedener ambulanter und stationärer, allgemeiner und spezialisierter Strukturen und auch um verschiedene therapeutische Stoßrichtungen (mit z. B. ärztlichen, pflegerischen, psychologisch/psychotherapeutischen, sozialdienstlichen, seelsorgerischen Zielsetzungen) im Sinne einer komplexen Intervention [24].

In den oben genannten Studien wird deutlich, dass die Komponenten einer solchen frühzeitigen Integration palliativmedizinischer Mitbehandlung mehrgestaltig sind und eine niederschwellige Kontaktaufnahme, ein Vertrautmachen („to establish rapport“), ein frühzeitiges und regelmäßiges Symptom- und Belastungsassessment, die Vermittlung eines besseren Krankheits- und Prognoseverständnisses, die Unterstützung bei Therapieentscheidungen, das Informieren über begleitende Unterstützungsangebote, das explizite Adressieren des sozialen Umfelds sowie koordinative Aufgaben und vorausschauende Planungsgespräche (zur Klärung des Vorgehens bei hypothetischen Krisen- und Notfall-

szenarien im Sinne des Advance Care Planning [ACP]) umfassen und im Verlauf unterschiedlich gewichtet sein können [25].

Auffällig dabei ist, dass einige Einzelkomponenten selbst mittlerweile in kontrollierten Studien getestet wurden:

- **ACP:** „Vorausschauende Versorgungsplanung“ (S3-Leitlinie „Palliativmedizin“) oder „gesundheitliche Vorausplanung für die letzte Lebensphase“ ([26]; § 132g SGB V) oder „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) als definiertes, umfangreiches Konzept beschreibt im breiteren Sinne einen systematischen, interprofessionell begleiteten Kommunikations- und Implementierungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und weiteren an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen durch qualifizierte Gesprächsbegleiter. Der Prozess umfasst die bestmögliche Sensibilisierung, Reflexion, Dokumentation und ggf. klinische Umsetzung der Behandlungspräferenzen von Patienten hinsichtlich künftiger hypothetischer klinischer Szenarien (vgl. S3-Leitlinie „Palliativmedizin“ 2015). Bereits durch eine entsprechende ACP-Notfallplanung allein konnten eine Verbesserung diverser Outcome-Parameter und eine Wirksamkeit hinsichtlich der Umsetzung präferenzorientierter Therapie in der Onkologie und in anderen Fachbereichen nachgewiesen werden ([27], vgl. [28–30]). Frühzeitige Prognosegespräche stärkten zudem das Vertrauen der Patienten in ihre Behandler [31].

Autor



Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping
 Universitätsmedizin
 Göttingen, Göttingen

Dies ist eine modifizierte und aktualisierte Fassung eines Beitrages aus *Onkologie heute*, 6-2018. Mit freundlicher Genehmigung der Mediengruppe Oberfranken-Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

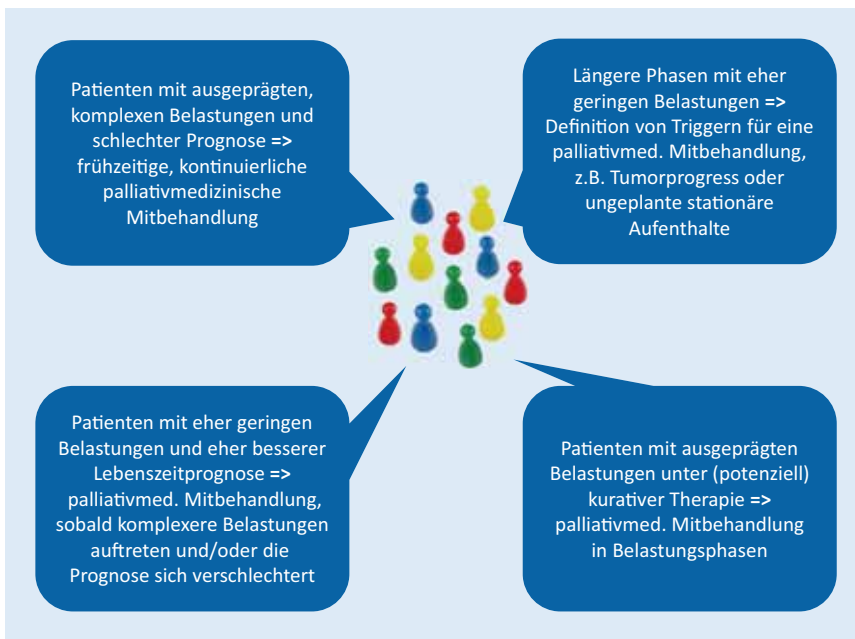


Abb. 1 ▲ Verschiedene abgestufte Vorgehensweisen in der Palliativmedizin. (Nach J. Temel)

- Ähnlich dazu führt bereits ein **strukturiertes, regelmäßiges, frühzeitig beginnendes Symptom- und Belastungsassessment** allein zu weitreichenden Verbesserungen der Lebensqualität [32] und sogar des Gesamtüberlebens [33].

Hinzu kommt, dass mittlerweile auch Daten über Symptome und Belastungen in Erkrankungssituationen zum Zeitpunkt der Diagnose der Inkurabilität vorliegen (und nicht nur für fortgeschrittene Erkrankungsstadien) und ein erhebliches interventionsbedürftiges Belastungsniveau bereits frühzeitig im Erkrankungsverlauf zeigen [34]. Insofern kann konstatiert werden, dass ein frühzeitiges palliativmedizinisches Mitdenken und Mithandeln ein genau rechtzeitiges, kein vorzeitiges Vorgehen ist.

Fragen und Probleme

Neben dieser Fülle an evidenzbasierten, aber auch intuitiv unschwer nachzuvollziehenden Belegen für die Sinnhaftigkeit eines frühzeitigen/rechtzeitigen palliativmedizinischen Mitdenkens und Mitbehandelns, die sich auch in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin“, in den Anforderungen für die Zertifizierung

als Organkrebszentrum oder Onkologisches Zentrum der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) oder in den dazugehörigen kennzahlbestimmenden Qualitätsindikatoren widerspiegeln, fällt die weiterhin optimierbare Umsetzung von Frühintegrationskonzepten auf. Von der Umsetzung eines Standards kann in Deutschland keine Rede sein; dafür könnte eine Vielzahl an verschiedenen Faktoren verantwortlich sein.

Um wen geht es?

Grundsätzlich stellt Palliativmedizin im engeren Sinne eine zusätzliche Unterstützungsressource und -expertise durch ein spezialisiertes Team dar, das auf die Belastungen und Bedürfnisse von Patienten und ihren Angehörigen ausgerichtet ist, v. a. dann, wenn eine normale Betreuungsintensität nicht ausreicht, diesen besonders komplexen Bedürfnissen gerecht zu werden. Es geht nicht darum, jedem Patienten in einer inkurablen Erkrankungssituation (bei soliden Tumoren in der Regel operationalisiert als Stadium-IV-Erkrankung) ein komplettes spezialisiertes Palliativteam an die Seite zu stellen, zumal dies mit Blick auf die Vielzahl der dann aufzusuchenden Patienten und auf die Ressourcen spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen

nicht umsetzbar wäre. Stattdessen formuliert die S3-Leitlinie „Palliativmedizin“, dass allen Patienten mit einer inkurablen Erkrankungssituation Angebote zu palliativmedizinischer Unterstützung gemacht bzw. entsprechende Informationen vermittelt werden sollen (S3-Leitlinie 11.1, 11.2). Darüber hinaus lassen sich 4 verschiedene abgestufte Vorgehensweisen voneinander abgrenzen (siehe **Abb. 1**).

Mit dem Einzug molekular determinierter Tumorthérapien hat auch die prognostische Diversität von Krebspatienten zugenommen: Während manche Patienten keinerlei „druggable“ Treibermutationen aufweisen oder trotz molekularen Ansatzes progredient erkrankt sind, können „responder“ mit teils anhaltenden Remissionen rechnen. Analoge, prognostisch unklare Situationen finden sich z. B.

- in der Hämatologie im Kontext der allogenen Stammzelltransplantation, gekennzeichnet durch die grundsätzliche Heilbarkeit der Grunderkrankung und den entsprechend kurativen Behandlungsansatz, mit allerdings sehr hoher therapie- und erkrankungsassoziierter Mortalität oder
- bei potenziell „kurativen“ multimodalen Konzepten bei sog. Oligometastasierung mit entitätsabhängig variierend schlechten Ergebnissen oder auch
- bei Patienten unter Studienbedingungen, insbesondere in Phase-I/II-Studien zu experimentellen Substanzen in der Palliativsituation [35].

A priori ist in diesen Situationen häufig unklar, ob es zu einem Therapieansprechen oder gar zu einem langfristigen Überleben kommt und bei welchen Patienten bereits „palliativ“ mitgedacht werden soll. Damit diejenigen Patienten, die sich als refraktär/progredient erweisen, nicht die palliativmedizinische Unterstützung „verpassen“, die sie gebraucht hätten, bedarf es in diesen prognostisch unklaren Situationen eines explizit zweigleisigen Vorgehens von umfassender (palliativmedizinischer) Unterstützung einerseits und möglicherweise wirksamer Tumorthérapie andererseits („dual awareness“).

Wann?

Das optimale Timing für den Einbezug von Palliativversorgung hängt ab sowohl von den Belastungen und Bedürfnissen der betroffenen Patienten (physische Symptome, psychosoziale Belastungen, Belastungen der Angehörigen, prognostische Aspekte) als auch von den Zielen, die durch Palliativversorgung erreicht werden sollen:

- verbesserte bzw. länger erhaltene Lebensqualität,
- verbesserte Kommunikation und prognostisches Bewusstsein,
- verbesserte Betreuung in der Sterbephase,
- ein Mehr an Unterstützung für die Angehörigen u. v. m.

In einem internationalen Konsensusprozess [36] wurden eine hohe Symptomlast, eine hohe emotionale Belastung der Patienten und ein vorhandener Todeswunsch als patientenbezogene Trigger (Zustimmung >95%) sowie eine verbleibende Lebenszeitprognose von 6 bis 12 Monaten, eine Grunderkrankung mit weniger als 12 Monaten Überlebenserwartung (dann Einbezug sofort ab Diagnosestellung), ein Progress nach palliativer Erstlinientherapie sowie ein ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)-Status Grad 2 oder höher als prognosebezogene Trigger (Zustimmung >88%) definiert. Auch in anderen Untersuchungen wird ein eher bedarfsorientiertes anstatt eines prognoseorientierten Timings für den Einbezug zusätzlicher palliativmedizinischer Unterstützung vermittelt [37]. In dem Konsensusprozess von Hui [36] gab es weder ein klares Votum für einen „automatischen“ Einbezug (z. B. ab einem bestimmten Tumorstadium) noch für einen rein „überweiserabhängigen“, d. h. individuell zu entscheidenden Einbezug, sondern eher für eine Mischung aus beiden Vorgehensweisen. Trotz der enorm hohen Versorgungsrelevanz existiert auch in Deutschland noch kein einheitliches Vorgehen, ab wann im Erkrankungsverlauf eine palliativmedizinische Mitbehandlung angestrebt werden sollte. Es konkurrieren 3 Konzepte miteinander:

- Prognoseorientierte Mitbehandlungskonzepte, z. B. Einbezug palliativmedizinischer Unterstützung ab einem Stadium IV oder Einbezug dann, wenn die sog. Überraschungsfrage („surprise question“) entsprechend ausfällt („Wären Sie überrascht, wenn der Patient innerhalb des kommenden Jahres versterben würde?“ [38]).
- Mitbehandlungskonzepte, die anhand kritischer Indikatoren („red flags“) eine palliativmedizinische Mitbehandlung nahelegen; dabei werden z. B. spezifische Grunderkrankungen (Krebs, Organversagen), das Vorhandensein von Malnutrition oder eine geriatrische Frailty genannt, zum Teil auch in Kombination wiederum mit einer negativen prognostischen Einschätzung [39, 40].
- Screeningbasierte Mitbehandlungskonzepte, wie sie bereits in der Psychoonkologie etabliert sind (S3-Leitlinie „Psychoonkologie“/ Leitlinienprogramm Onkologie 2014 [41, 42]); wie umfangreich oder niederschwellig oder wiederholt ein solches Screening stattfinden sollte, ist Gegenstand auch einer aktuellen Studie der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM) der DKG (siehe FORUM 2/2020).

Abgesehen von der Ressourcenorientierung eines solchen screeningbasierten Vorgehens erscheint dies nicht zuletzt aufgrund der oben genannten Evidenz, dass bereits allein ein regelmäßiges Erfassen von Symptomen und Belastungen zu weitreichenden Verbesserungen der Lebensqualität und sogar des Gesamtüberlebens führen kann, zielführend zu sein. Zudem legen die strukturpolitischen Entwicklungen in Deutschland, z. B. im Kontext des Zertifizierungsprozesses von Onkologischen Zentren der DKG, das niederschwellige Screening von Symptomen und Belastungen auch in anderen Querschnittsbereichen nahe, sei es zur Bedarfserfassung oder als Qualitätsindikator.

In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Rolle der Palliativmedizin in interdisziplinären Tumorboards, z. B. bei

Forum 2020 · 35:206–211
<https://doi.org/10.1007/s12312-020-00792-1>
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

B. Alt-Epping

Frühzeitige Integration von Palliativmedizin. Was sind die Probleme trotz aller Evidenz?

Zusammenfassung

Zahlreiche Studien haben im vergangenen Jahrzehnt gezeigt, wie sehr und auf welche Weise ein frühzeitiges Mitdenken palliativmedizinischer Unterstützungsaspekte und eine niederschwellig integrierte Palliativversorgung positive Auswirkungen auf den weiteren Erkrankungsverlauf von Patienten mit einer inkurablen Krebserkrankung mit sich bringt. Dennoch stellen Konzepte für eine strukturierte frühzeitige Integration der Palliativmedizin immer noch eher die Ausnahme als die Regel dar. Im Folgenden sollen die häufigsten Diskussionspunkte (wer?, wann?, durch wen?, wie intensiv?, Probleme seitens der Palliativmedizin selbst, ...) erörtert werden.

Schlüsselwörter

Frühzeitige Integration · Palliativmedizin · Inkurabilität · Advance care planning · Unterstützungssystem

Early integration of palliative care. What are the problems despite all the evidence?

Abstract

Numerous studies of the last decade have demonstrated abundant evidence for the efficacy of a structured approach to integrate palliative care early during the course of an incurable disease. Nevertheless, early integration of palliative care into oncology has not reached standard level of care in clinical practice. Here, some of the still disputed topics (who?, when?, by whom?, how intense?, obstacles in palliative care itself, ...) are discussed.

Keywords

Early integration · Palliative care · Incurability · Advance care planning · Support system

der Festlegung eines formalen Tumortherapievorschlags, zu klären.

Durch wen?

Die Daten der bisherigen Studien legen nahe, dass diese erste Einschätzung durch eine Person mit palliativmedizinisch spezialisierter Expertise erfolgen sollte – in der Temel-Studie waren dies spezialisierte Palliativärzte oder Palliativpflegekräfte. Insbesondere in Deutschland entspannt sich die (auch strukturpolitisch brisante) Diskussion, ob nicht der für die Tumortherapie zuständige Onkologie selbst, insbesondere dann, wenn er palliativmedizinisch weitergebildet ist, diese erste Einschätzung und auch die palliativmedizinische Mitbehandlung selbst vornehmen kann. Dieses Vorgehen würde auch dem Empfinden onkologisch tätiger Ärzte, ihren Patienten bei einem Einbezug palliativmedizinischer Expertise „im Stich zu lassen“, entgegenwirken (in der Untersuchung von Buckley de Meritens [37] in 73 % als der Haupthinderungsgrund für den Einbezug von Palliativmedizin genannt). Im onkologischen Alltag werden sich die Zeit und die Ressourcen, die es für ein 24-h-Hausbesuchsangebot, ein standardisiertes Symptomassessment oder gar einen ACP-Gesprächsprozess (der mehr umfasst als nur das Verfassen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht) braucht, nur schwer abbilden lassen. Zudem wird ein Vorgehen, das auf einen „zweiten palliativmedizinischen Blick von außen“ verzichtet, durch die gegenwärtigen Studiendaten nicht ausreichend gestützt.

Wie intensiv?

Spezialisierte Palliativversorgung wird zumeist als geballtes Unterstützungskonzept mit einer umfassenden multiprofessionellen personalen Ausstattung verstanden, die auf das proaktive Aufsuchen schwerstkranker Patienten ausgelegt ist und auf diese Aufgabe meist auch vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eingegrenzt wird. Sicherlich stellt die multiprofessionelle, rund um die Uhr verfügbare und sektorenübergreifende umfassende Versorgung komplex

belasteter, schwerstkranker Patienten die Kernkriterien der spezialisierten Palliativmedizin dar, dennoch würde sich das Ziel einer frühzeitigen Integration palliativmedizinischer Mitbehandlung z. B. bei Erkrankungen mit fluktuierendem komplikativen Erkrankungsverlauf möglicherweise mithilfe von niederschwelligeren Angeboten z. B. in Form von Ambulanzen oder 24-h-Telefonnummern angemessener erreichen lassen, ohne dass es bereits das gesamte umfassende SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung)-Paket bräuchte. Die Studie von Vanbutsele [18] zeigte, dass die positiven Auswirkungen auf den Gesamtverlauf auch durch den vorrangigen Einsatz von Palliativpflegekräften erzielt werden konnten. Eine solche niederschwellige Herangehensweise könnte auch bei Patienten angemessen sein, deren Lebenszeitprognose bei einer weniger aggressiven Tumorentität länger ist. Ein pflegerisch basiertes Palliativkonzept wird international auch nicht selten bei Patienten mit nichtmalignen Grunderkrankungen praktiziert. Neu ist die Definition einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung (BQKPMV; Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen [GKV-SV] und Kassenärztlicher Bundesvereinigung [KBV] nach § 87 Abs. 1b SGB V) im Sinne einer „dritten Ebene“ zwischen allgemeiner Palliativversorgung (APV) und spezialisierter Palliativversorgung (SPV). Ob dies zu einer niederschwelligeren und bedarfsorientierteren Palliativversorgung führen wird, erscheint aufgrund der weiterhin problematischen 24-h-Erreichbarkeit und der dadurch deutlich verkomplizierten Rollensituation der beteiligten Behandler fraglich.

Voraussetzungen seitens der Palliativmedizin?

Damit palliativmedizinische Mitbehandlung wirklich frühzeitig stattfinden kann, bedarf es auch auf Seiten der Palliativmedizin einer Offenheit gegenüber simultaner Tumortherapie, gegenüber der damit verbundenen Hoffnung der Patienten und Angehörigen auf Lebenszeitverlängerung und einer gewissen

supportivmedizinischen Expertise bei der Behandlung von Symptomen und Belastungen, die sowohl durch die Tumortherapie als auch durch die Erkrankung selbst verursacht werden könnten. Bei dieser Simultanität kommt den dezentralen Versorgungsstrukturen (Ambulanz, Konsildienst/multiprofessioneller Palliativdienst/SAPV) aufgrund ihres Mitbehandlungscharakters eine besondere Bedeutung zu, die Palliativstationen in der Regel nicht bieten können. Eine abgrenzende Fokussierung von einzelnen Palliativeinrichtungen auf Situationen, in denen ausschließlich die Symptomlinderung als legitimes Therapieziel anerkannt wird („Wir wollen dem Leben nicht mehr Tage geben, aber den Tagen mehr Leben ...“; z. B. https://www.gesundheitnord.de/fileadmin/daten/ldw_pdf/palliativ/apd_flyer_09_09_09.pdf) erscheint dabei nicht hilfreich.

Fazit

Eine Vielzahl kontrollierter Studien belegt die positiven Auswirkungen frühzeitiger palliativmedizinischer Mitbehandlung auf diverse Outcome-Parameter im weiteren Verlauf einer Krebserkrankung (Krankheitsverständnis, Lebensqualität, Umsetzung präferenzorientierter Therapie, Kosten u. v. m.), und die bei vielen Entitäten bereits frühzeitig im Erkrankungsverlauf nachzuweisenden komplexen Belastungen lassen die frühzeitige Palliativversorgung als eine rechtzeitige und nicht als eine vorzeitige Maßnahme erscheinen. In der konkreten Ausgestaltung dieser frühzeitigen Mitbehandlung zeigt sich jedoch eine Vielzahl an Problemen, die diese in ihrer breiten Umsetzung behindern. Diese betreffen den Umgang mit der zunehmenden prognostischen Unsicherheit in der Onkologie, den differenzierten Blick auf aktuelle und zu erwartende Belastungen und die abgestuften Konsequenzen, die daraus zu ziehen sind, die Fragen zum konkreten Vorgehen z. B. in Bezug auf Screening und Handlungsinhalte, aber auch einen besonderen Fokus auf dezentrale Strukturen und eine Offenheit in der Palliativmedizin, sich den noch frühzeitig im Erkrankungsverlauf befindlichen Patienten

ten mit ihren noch sehr anderen Vorstellungen, Wünschen und Therapiezielen zu widmen. In diesem Sinne braucht es ein duales Bewusstsein („dual awareness“), um sowohl den Anforderungen einer modernen Tumorthherapie als auch einer umfassenden Palliativversorgung gerecht zu werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Bernd Alt-Epping

Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
bernd.alt-epping@med.uni-goettingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Alt-Epping gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Temel J, Greer J, Muzikansky A et al (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363:733–742
2. Bakitas MA et al (2015) Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 33(13):1438–1445
3. Brumley R et al (2007) Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 55(7):993–1000
4. Maltoni M et al (2016) Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 65:61–68
5. Pantilat SZ et al (2010) Hospital-based palliative medicine consultation: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 170(22):2038–2040
6. Rugno FC, Paiva BS, Paiva CE (2014) Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers. *Gynecol Oncol* 135(2):249–254
7. Temel JS et al (2017) Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 35(8):834–841
8. Zimmermann C et al (2014) Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 383(9930):1721–1730
9. Sidebottom AC, Jorgenson A, Richards H, Kirven J, Sillah A (2015) Inpatient palliative care for patients with acute heart failure: outcomes from a randomized trial. *J Palliat Med* 18:134–142
10. Grudzen CR, Richardson LD, Johnson PN et al (2016) Emergency department-initiated palliative care in advanced cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.5252>
11. Cheung W, Aggarwal G, Fugaccia E et al (2010) Palliative care teams in the intensive care unit: a randomised, controlled, feasibility study. *Crit Care Resusc* 12:28–35
12. Gade G, Venohr I, Conner D et al (2008) Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med* 11:180–190. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0055>
13. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ (2004) The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 164:83–91
14. Hanks GW, Robbins M, Sharp D et al (2002) The imPaCT study: a randomized controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer* 87:733–739
15. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M et al (2014) Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 383:1721–1730
16. Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S (2001) Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 19:3884–3940
17. Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S (2000) A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 356:888–893
18. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, Eeloo K, Cocquyt V, Geboes K, Deliens L (2018) Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 19(3):394–404
19. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, Stock S, Mueller D, Schwarzer G, Becker G (2017) Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 357:j2925
20. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M (2017) Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 6:CD11129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD11129.pub2>
21. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D et al (2016) Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 316(20):2104–2114
22. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.0, AWMF-Registernummer: 128/001OL. <http://leitlinienprogramm.onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html>. Zugegriffen: 2. Febr. 2020
23. Kaasa S, Loge JH, Aapro M et al (2018) Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)
24. Higginson IJ, Evans CJ, Grande G et al (2013) Evaluating complex interventions in end of life care: the MORECare statement on good practice generated by a synthesis of transparent expert consultations and systematic reviews. *BMC Med* 11:111
25. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA et al (2018) Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol* 36(11):1096–1102
26. Bundesgesetzblatt Jg. 2015 Teil I Nr. 48. Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) vom 1. Dez. 2015
27. Mack JW, Cronin A, Keating NL et al (2012) Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol* 30:4387–4395
28. in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G (2014) Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. *Dtsch Arztebl Int* 111(4):50–57
29. Rocque GB, Dionne-Odom JN, Huang S et al (2017) Implementation and impact of patient lay navigator-led advance care planning conversations. *J Pain Symptom Manage* 53(4):682–692
30. de Heer G, Saugel B, Sensen B et al (2017) Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bei Intensivpatienten. *Dtsch Arztebl Int* 114:363–370
31. Fenton JJ, Duberstein PR, Kravitz RL et al (2017) Impact of prognostic discussions on the patient-physician relationship: prospective cohort study. *J Clin Oncol*. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017>
32. Basch E, Deal AM, Kris MG et al (2016) Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *Clin Oncol* 34:557–565
33. Basch E, Deal AM, Dueck AC et al (2017) Overall survival results of a trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment. *JAMA* 318(2):197–198. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7156>
34. Alt-Epping B, Seidel W, Vogt J et al (2016) Symptoms and needs of head and neck cancer patients at diagnosis of incurability—prevalences, clinical implications and feasibility of a prospective longitudinal multicenter cohort study. *Oncol Res Treat* 39:186–192
35. Ferrell B, Paterson CL et al (2017) Characteristics of participants enrolled onto a randomized controlled trial of palliative care for patients on phase I studies. *J Palliat Med* 20(12):1338–1344. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0158>
36. Hui D, Mori M, Watanabe SM et al (2016) Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 17(12):e552–e559. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30577-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30577-0)
37. Buckley de Meritens A, Margolis B, Blinderman C et al (2017) Practice patterns, attitudes, and barriers to palliative care consultation by gynecologic oncologists. *J Oncol Pract* 13(9):e703–e711. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.021048>
38. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005) Illness trajectories and palliative care. *Br Med J* 330:1007–1011
39. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C et al (2014) Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. *Palliat Med* 28:302
40. Coventry P, Grande GE, Richards DA, Todd CJ (2005) Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review. *Age Ageing* 34:218–227
41. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014) Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, AWMF-Registernummer:

- 032/0510L. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>. Zugegriffen: 5. Jan. 2018
42. Seekatz B, Lukasczik M, Löhr M, Ehrmann K, Schuler M, Keßler AF, Neuderth S, Ernestus RI, van Oorschot B (2017) Screening for symptom burden and supportive needs of patients with glioblastoma and brain metastases and their caregivers in relation to their use of specialized palliative care. *Support Care Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3687-7>