

Leitlinienreport zur aktualisierten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung

Version 3.0 – Juli 2026

AWMF-Registernummer: 128/001-OL

Leitlinienreport

Inhaltsverzeichnis

1.	Informationen zum Leitlinienreport	4
1.1.	Autor*innen des Leitlinienreports	4
1.2.	Kontakt	4
1.3.	Zitierweise des Leitlinienreports	4
1.4.	Abkürzungsverzeichnis	5
2.	Fragestellungen	6
2.1.	Schlüsselfragen und Bearbeitungsstrategie	7
3.	Methodisches Vorgehen bei der systematischen Evidenzaufarbeitung	11
3.1.	Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur: Systematische Reviews und Primärstudien	11
3.1.1.	Recherche	11
3.1.2.	Auswahl	11
3.1.3.	Bewertung der Literatur	11
3.2.	Leitlinienadaptation	12
3.2.1.	Identifizierung der Quelleitlinie(n)	12
3.2.2.	Auswahl der adaptierbaren Leitlinienempfehlungen	12
3.3.	Klassifikation der Evidenz nach Oxford 2011	13
4.	Ergebnis der systematischen Evidenzaufbereitung	16
4.1.1.	Systematische Reviews und Primärstudien	16
4.1.2.	Leitlinienadapatation	16
5.	Methodisches Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen	16
5.1.1.	Schema der Empfehlungsgraduierung	16
5.1.2.	Festlegung des Empfehlungsgrades	17
5.1.3.	Formale Konsensusverfahren	17
6.	Ableitung der Qualitätsindikatoren	19
7.	Ableitung der Forschungsfragen	20
8.	Review-Verfahren und Verabschiedung	20
8.1.1.	Kommentare zu Empfehlungen und Statements	21
8.1.2.	Kommentare zu Hintergrundtexten	27

9.	Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten	63
10.	Anlagen	65
10.1.	Ergebnisse der Bewertung von Interessenkonflikterklärungen	65
10.2.	PICO-Fragestellungen	134
10.3.	Recherchen, Auswahl der Literatur und Evidenztabelle	141
10.3.1.	Versorgungsstrukturen: Übergreifende Suche	141
10.3.2.	Kommunikation: Advance Care Planning	143
10.3.3.	Angehörige	146
10.3.4.	Atemnot	150
10.3.5.	Fatigue	166
10.3.6.	Schlafbezogene Erkrankungen/Nächtliche Unruhe	171
10.3.7.	Übelkeit und Erbrechen	173
10.3.8.	Angst	180
10.3.9.	Depression	186
10.3.10.	Spiritualität	196
10.3.11.	Todeswünsche	199
10.4.	Recherche nach internationalen Qualitätsindikatoren	207
10.4.1.	Rechercheauftrag	207
10.4.2.	Recherchestrategien	207
10.4.3.	Rechercheergebnisse	207
11.	Tabellenverzeichnis	208
12.	Literatur	209

1. Informationen zum Leitlinienreport

In diesem Dokument wird das methodische Vorgehen bei Erstellung der aktualisierten Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Version 3.0, beschrieben.

Informationen zu vorherigen Versionen der Leitlinie sind in den Leitlinienreporten der jeweiligen Version abgebildet und auf der Website des Leitlinienprogramms Onkologie abrufbar.

1.1. Autor*innen des Leitlinienreports

Prof. Dr. Steffen Simon, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Koordinator)

Prof. Dr. Raymond Voltz, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Koordinator)

Prof. Dr. Claudia Bausewein, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU München (Koordinatorin)

Dr. Markus Follmann †, Office des Leitlinienprogramms Onkologie, OL-Office, Berlin

Dipl. Soz.Wiss. Thomas Langer, Office des Leitlinienprogramms Onkologie, OL-Office, Berlin

Sukhvir Kaur, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Leitliniensekretariat, 2024-2025)

Dr. Anne Pralong, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Leitliniensekretariat)

Dr. Alinda Reimer, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Leitliniensekretariat)

Carolin Schepers, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Leitliniensekretariat, 2024-2025)

Berenike Schörger, Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln (Leitliniensekretariat)

1.2. Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.3. Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Leitlinienreport 3.0, 2026, AWMF-Registernummer: [128/001, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>] (Zugriff am TT.MM.JJJJ)

1.4. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACP	Advance Care Planning (vorausschauende Versorgungsplanung)
AG	Arbeitsgruppe
APV	Allgemeine Palliativversorgung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
CCT	Controlled Clinical Trial
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DELBI	Deutsches Leitlinienbewertungsinstrument
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
EAPC	European Association of Palliative Care
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HT	Hintergrundtext
LL	Leitlinie
MASCC	Multinational Association of Supportive Care in Cancer
MeSH	Medical Subject Headings
MIO	Maligne Intestinale Obstruktion
OL	Leitlinienprogramm Onkologie
PRISMA	Preferred Reporting Items of Systematic reviews and Meta-Analyses
RCT	Randomized Controlled Trial
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SV	Stellvertretung
SysRev; SR	Systematic Reviews
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung

2. Fragestellungen

Im Rahmen des Aktualisierungsprozesses wurden alle bestehenden Kapitel der S3-Leitlinie Palliativmedizin auf Aktualisierungsbedarf überprüft. Darüber hinaus wurden zwei neue Kapitel eingeführt: „Angehörige“ und „Spiritualität“.

Die Priorisierung der Fragestellungen im Rahmen des Aktualisierungsprozesses folgte einem systematischen und strukturierten Verfahren und gliederte sich in drei Hauptstufen:

1. **Bedarfsanalyse:** Der Aktualisierungsbedarf ergab sich aus drei Quellen:
 - a. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse: Diese wurden durch orientierende Recherchen auf dem Internet-Portal Caresearch (www.caresearch.com.au) erfasst. Diese Webseite bietet eine ausführliche und regelmäßig aktualisierte Referenzliste aller SysRev (bzw. weiterer Review-Typen höher Qualitätsstandard wie Scoping Reviews) zu palliativmedizinischen Themen an. Auf diese Weise konnte orientierend eingeschätzt werden, für welche Themenbereiche der Leitlinie neue Evidenz vorliegt.
 - b. Neue Erkenntnisse zu Versorgungsproblemen: Eine externe Nutzerbefragung wurde 2022 unter 2.284 Mitgliedern der Fachgesellschaften und Institutionen durchgeführt, die einen Mandat für die Erstellung der Leitlinie 2.0 innehatten. U.a. wurde gefragt, welche Themen in der Leitlinie unzureichend dargestellt sind.
 - c. Inhaltlicher Änderungsbedarf der Empfehlungen (und Hintergrundtexte): Eine interne Aktualisierungsumfrage wurde unter den für die Aktualisierung der Leitlinie nominierten Mandatsträgern durchgeführt. Es nahmen 48 Mandatsträger teil.
2. **Vorstellung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse an die Leitliniengruppe im Rahmen des Kick-Off-Meetings:** Neben dem Aktualisierungsbedarf der bereits bestehenden Kapitel wurde entschieden, zwei neue Themen in die Leitlinie aufzunehmen: Angehörige und Spiritualität.
3. **Vorlage der Bedarfsanalyse an die Arbeitsgruppen (AGs) der jeweiligen Kapitel:** Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurde im Anschluss an das Kick-Off-Meeting den AG-Leiter der jeweiligen Kapitel zur Verfügung gestellt. Diese übernahmen zusammen mit der AG folgende Aufgaben:
 - a. Einschätzung des Bedarfs nach systematischen Literaturrecherchen:
 - b. Zur Aktualisierung bereits bestehender evidenzbasierter Empfehlungen (durch eine Aktualisierung der ursprünglich durchgeführten systematischen Literaturrecherche)
 - c. Oder zur Evidenzbasierung von konsensbasierten Empfehlungen, die dann in evidenzbasierte Empfehlungen überführt werden.

Die Entscheidungskriterien hierzu waren: (1) Die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass neue Studien vorliegen, und (2) die Wahrscheinlichkeit ist hoch, dass die neuen Studienerkenntnisse die bisherigen Empfehlungen verändern können.
- d. Bewertung der Änderungsvorschläge aus der Aktualisierungsumfrage sowie der als unzureichend dargestellten Themen aus der Nutzerumfrage, in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe.

2.1. Schlüsselfragen und Bearbeitungsstrategie

Im Rahmen der Diskussion zu den Schlüsselfragen wurde von der Leitliniengruppe unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit aussagekräftiger Studien, der Kontroversität der Themen und den vorhandenen Ressourcen festgelegt, welche Schlüsselfragen evidenzbasiert beantwortet und zu welchen Schlüsselfragen Empfehlungen als Expertenkonsens ohne systematische Evidenzaufbereitung abgeleitet werden sollen.

Tabelle 1: Schlüsselfragen und ihre Bearbeitungsstrategie

Nr.	Schlüsselfrage	Syst. Evidenzbasierung			EK ohne syst. Evidenzbasierung
		SR	PS	LL-A	
Versorgungsstrukturen					
1.	Was ist die Wirksamkeit von Spezialisierter Palliativversorgung (definiert als Mehrkomponenten-Angebote, die in einzelnen Strukturen - Palliativstation, PMD, SAPV, Hospiz, Tagesklinik - oder strukturübergreifend erbracht) auf Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien? (Übergreifende Suche)	x			
Kommunikation					
2.	Was ist der Effekt von Advanced Care Planning (APC) auf patientenbezogene Outcomes bei Patient:innen mit einer (fortgeschrittenen) Krebserkrankung und ihren Angehörigen?	x			
Angehörige					
3.	Was ist der Effekt von Unterstützungsangeboten der Palliativversorgung bei Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	x			
4.	Welche Bedürfnisse zeigen Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und wie sollen diese erfasst werden?				x
5.	Wie soll eine Angehörigen-zentrierten Kommunikation mit Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung erfolgen?				x
6.	Was ist der Effekt von psychoedukativer Unterstützung auf Angehörigen-bezogene Outcomes bei Angehörigen von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	x			

Nr.	Schlüsselfrage	Syst. Evidenzbasierung			EK ohne syst. Evidenzbasierung
		SR	PS	LL-A	
7.	Was ist der Effekt von Angeboten zur Unterstützung von Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Sterbeprozess auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	x			
8.	Was ist der Effekt von Angeboten zur Unterstützung in der Trauer bei Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	x			
Atemnot					
9.	Was ist die Wirksamkeit von nicht-medikamentöser Therapie (inkl. komplexen Interventionen) im Vergleich zu Placebo oder anderen Therapieformen für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x			
10.	Was ist die Wirksamkeit von Opioiden im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x	x		
11.	Was ist die Wirksamkeit von Benzodiazepinen im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?		x		
Fatigue					
12.	Was ist die Wirksamkeit von jeglichen medikamentösen Therapien im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?			x	
13.	Was ist die Wirksamkeit von jeglichen nicht-medikamentösen Therapien im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?			x	
14.	Was ist die Wirksamkeit von körperlichem Training im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?	x			
Schlafstörungen					
15.	Was ist die Wirksamkeit von Z- Substanzen im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien auf objektive und subjektive Schlafparameter bei Patienten mit Insomnie und einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x			
Übelkeit und Erbrechen					

Nr.	Schlüsselfrage	Syst. Evidenzbasierung			EK ohne syst. Evidenzbasierung
		SR	PS	LL-A	
16.	Was ist die Wirksamkeit von 5HT3-Antagonisten, NK-1-Antagonisten, Cannabinoiden und Olanzapin im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung von Übelkeit u/o Erbrechen bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?		x		
Angst					
17.	Was ist die Wirksamkeit von Psychedelika und Ketamin im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung einer Angstsymptomatik bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x	x		
Depression					
18.	Welche Stufen-basierte Therapie der milden, moderaten und schweren Depression wird empfohlen?			x	
19.	Was ist die Wirksamkeit von Ketamin, Psychostimulanzien und Psychedelika im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung von Depression bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x	x		
Spiritualität					
20.	Wie häufig sind spirituelle Bedürfnisse bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	x			
21.	Welcher Einfluss haben spirituelle Belastungen auf PROMs (patient-related outcomes) bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	x			
22.	Was ist der Effekt von Qualifizierungsmaßnahmen für das Behandlungsteam im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	x			
23.	Wie sollen spirituelle Bedürfnisse bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung thematisiert und erfasst werden?				x
24.	Wie sollen spirituellen Bedürfnissen von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung begegnet werden?				x
25.	Was ist der Effekt von spirituellen Interventionen auf patientenbezogenen Outcomes bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	x			

Nr.	Schlüsselfrage	Syst. Evidenzbasierung			EK ohne syst. Evidenzbasierung
		SR	PS	LL-A	
Todeswünsche					
26.	Welche Evidenz liegt vor zu Todeswünschen bei Patient: innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung? (Übergreifende Suche)	x			
27.	Was ist der Effekt des proaktiven Thematisierens von Suizidgedanken oder Todeswunsch im Rahmen eines Screening- oder Assessment-Verfahrens oder eines klinischen Interviews auf Suizidgedanken, Todeswunsch, oder psychologischen Distress von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x	x		
28.	Was ist die Wirksamkeit von psychotherapeutischen/-edukativen Verfahren im Vergleich zu anderen Therapieformen für die Betreuung von Patienten mit Todeswünschen und einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	x	x		

Abkürzungen: EK: Expertenkonsens; NB: Nutzenbewertung; SR: Systematische Reviews; PS: Primärstudien; LL-A: Leitlinienadaptation

Die Schlüsselfragen wurden in PICO-Fragestellungen übersetzt (siehe Anhang).

3. Methodisches Vorgehen bei der systematischen Evidenzaufarbeitung

3.1. Systematische Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur: Systematische Reviews und Primärstudien

3.1.1. Recherche

Die systematischen Recherchen wurden in den Datenbanken Medline und Cochrane durchgeführt. Für medikamentöse Fragestellungen wurde die Datenbank Embase zusätzlich gesucht und für nicht-medikamentöse Verfahren, die Datenbank PsycInfo. Bei Aktualisierung einer bereits bestehenden systematischen Suche wurde seit deren Durchführung recherchiert. Sofern nicht anders angegeben wurde ansonsten seit Einrichtung der Datenbank gesucht. Die Recherchen wurden durch das Leitlinien-Sekretariat vorgenommen.

3.1.2. Auswahl

Die Auswahl der Evidenz wird nach den Vorgaben der PRISMA-Empfehlungen durchgeführt [1]. Wenn eine Suche nach Primärstudien bei fehlenden Systematic Reviews erforderlich war, wurde in der Regel nur RCTs oder CCTs eingeschlossen, um die Frage der Wirksamkeit beantworten zu können. Je nach Relevanz und Studienlage wurden ggf. auch Studien eingeschlossen, die eine gemischte Patientengruppe oder nicht-onkologischen Patienten untersuchen. In diesem Fall wurde die Frage der Übertragbarkeit der indirekten Evidenz auf Krebspatienten von der AG geprüft. Für Details der Auswahlverfahren wird auf die jeweilige Recherche mit hinterlegtem PICO-Schema und Ein- und Ausschlusskriterien verwiesen.

Die Auswahl der Studien (Studienselektion) erfolgte durch das Leitlinien-Sekretariat in 3 Schritten: 1) Ein Reviewer entfernte alle Duplikate und nicht themenrelevanten Studien auf Titelsebene und schloß alle potentiell relevanten Studien auf Titel- und Abstract-Ebene ein. 2) Ein zweiter Reviewer kontrollierte alle potentiell eingeschlossenen Studien auf Titel- und Abstractebene und die ausgeschlossenen Studien wurden stichprobenartig gegenkontrolliert. 3) Zwei Reviewers schlossen unabhängig voneinander auf Volltext-Ebene alle relevanten Studien ein. Bei Uneinigkeit wurde gemeinsam mit einem dritten Reviewer entschieden, ob die Studie ein- oder ausgeschlossen wird.

3.1.3. Bewertung der Literatur

Es wurde eine kritische Bewertung der internen und externen Validität der Studien und der Aussagekraft der Ergebnisse durchgeführt, wobei ein formelles Instrument zur Bewertung des Verzerrungspotentials nicht verwendet wurde. Dabei wurde folgende Kriterien berücksichtigt: mögliche Verzerrungsrisikos (Selektionsbias, Performance-Bias, Attrition-Bias, Publikationsbias), Indirektheit und Generalisierbarkeit.

3.2. Leitlinienadaptation

3.2.1. Identifizierung der Quelleitlinie(n)

Es wurden Empfehlungen aus bekannten Leitlinien für die Kapitel Depression und Fatigue zur Adaptation herangezogen.

3.2.2. Auswahl der adaptierbaren Leitlinienempfehlungen

Da Empfehlungen aus potenziellen Quell-Leitlinien bekannt waren, die adaptiert oder adoptiert oder deren zugrundeliegende Evidenz für eine eigene Empfehlungsableitung genutzt werden konnten, wurden zunächst die vier methodischen Mindestkriterien für evidenzbasierte Empfehlungen überprüft und erst danach eine AGREE II-Bewertung (Domäne 3 und 6) angeschlossen. Dieses Vorgehen entspricht den im OL-Manual beschriebenen Vorgaben für die Adaptation von Leitlinien.

Da die Empfehlungen der Quell-Leitlinie alle Mindestkriterien erfüllten, erfolgte im zweiten Schritt eine vollständige Bewertung anhand der AGREE II- Domänen 3 und 6. Laut OL-Manual können Empfehlungen aus Quell-Leitlinien, die einen Domänenwert für Domäne 3 und 6 >70% erreichen, adoptiert bzw. adaptiert werden.

3.3. Klassifikation der Evidenz nach Oxford 2011

Die Klassifikation der Evidenz nach Oxford 2011 wurde vom Leitlinien-Sekretariat übernommen.

Tabelle 2: Evidenzklassifikation gemäß Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011

Frage	Level 1*	Level 2*	Level 3*	Level 4*	Level 5
Wie verbreitet ist das Problem?	Lokale und aktuelle Zufallsstichprobe oder Zählung (Vollerhebung)	Systematische Übersichtsarbeit von Erhebungen, die auf die lokalen Umstände übertragen werden können**	Lokale Erhebung, die nicht auf einer Zufallsstichprobe basiert**	Fallserie**	Nicht anwendbar
Ist dieser diagnostische oder kontrollierende Test genau? (Diagnose)	Systematische Übersichtsarbeit von Querschnittsstudien mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Einzelne Querschnittsstudie mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Nicht-konsequente*** Studie oder Studie ohne angewandten Referenzstandard**	Fall-Kontroll-Studie oder Studie mit ungeeignetem oder nicht unabhängigem Referenzstandard**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was würde passieren, wenn wir keine Therapie anwenden würden? (Prognose)	systematische Übersichtsarbeit von Kohortenstudien, die Patienten im Anfangsstadium der Erkrankung beobachten (Inception cohort study)	Einzelne Kohortenstudie von Patienten im Anfangsstadium der Erkrankung (Inception cohort study)	Kohortenstudie oder Kontrollarm einer randomisierten Studie*	Fallserie oder Fall-Kontroll-Studie oder eine prognostische Kohortenstudie mit niedriger methodischer Qualität ^{1**}	Nicht anwendbar

Frage	Level 1*	Level 2*	Level 3*	Level 4*	Level 5
Hilft dieses Vorgehen? (nutzen der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeit von randomisierten Studien oder N-von-1-Studien ²	Randomisierte Studie oder Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/Follow-up-Studie ^{3**}	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was sind häufige Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeit von entweder randomisierten Studien oder eingebetteten Fall-Kontroll-Studien ⁴ . Oder N-von-1-Studie mit zur Fragestellung passenden Patienten oder beobachtende Studie mit dramatischen Effekten	Randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/Follow-up-Studie (Post-Marketing-Überwachung), mit ausreichender Fallzahl, um eine häufige Nebenwirkung zu identifizieren. Sollen Langzeitnebenwirkungen erfasst werden, muss das Follow-up ausreichend sein**	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was sind seltene Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematischer Überblick über randomisierte Studien oder N-von-1-Studien	Randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/Follow-up-Studie (Post-Marketing-Überwachung), mit ausreichender Fallzahl, um eine häufige Nebenwirkung zu identifizieren. Sollen Langzeitnebenwirkungen erfasst werden, muss	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen

Frage	Level 1*	Level 2*	Level 3*	Level 4*	Level 5
			das Follow-up ausreichend sein**		
Ist dieser Früherkennungstest sinnvoll? (Screening)	Systematische Übersichtsarbeit von randomisierten Studien	Randomisierte Studie		Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen

*Level kann ggf. wegen der Studienqualität, wegen ausgedehnter Konfidenzintervalle (unpräzise Effektschätzer), Inkonsistenzen zwischen Studien, oder weil der absolute Effektwert sehr klein ist, sowie wegen mangelnder Übertragbarkeit (Fragestellung der Studie entspricht nicht der klinisch relevanten Frage) abgewertet werden. Eine Aufwertung des Evidenzlevels ist möglich bei großen oder sehr großen Effekten.** Grundsätzlich gilt: Ein systematischer Überblick ist immer besser als eine Einzelstudie. *** Konsekutiver Einschluss = Patienten werden fortlaufend rekrutiert.

1 Zur Qualitätsbeurteilung kann u.a. das STROBE-Statement verwendet werden: <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-aims>. 2 Einzelpatientenstudien, bei denen die Patienten abwechselnd Intervention und Kontrollintervention erhalten. 3 Nachbeobachtungsstudie einer Population aus einem abgeschlossenen RCT. 4 Studie, bei der aus einer laufenden Kohortenstudie Fälle und Kontrollen gezogen werden.

Übersetzung des englischen Originaltextes von Dr. M. Nothacker, MPH (AMFW); Dr. M. Follmann, MPH, MSc (OL) und Dipl.-Soz.Wiss T. Langer (OL)

Quelle: Howick, J., et al. The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document). 2011; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.

4. Ergebnis der systematischen Evidenzaufbereitung

4.1.1. Systematische Reviews und Primärstudien

S. Anhang.

4.1.2. Leitlinienadapatation

Für die Kapitel Fatigue und Depression wurden Empfehlungen aus folgenden Leitlinien adaptiert/adoptiert:

- a. Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO–Society for Integrative Oncology Guideline Update [2]
- b. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression [3]

Für jede adaptierte bzw. adoptierte Empfehlung wurde die Grundlage (Quell-Leitlinie, Evidenzgrundlage, Umgang der Empfehlung in der Ziel-Leitlinie) dokumentiert (siehe Adapatationstabellen im jeweiligen Kapitel im Anhang).

5. Methodisches Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen

Empfehlungen und Statements wurden im Entwurf durch die Arbeitsgruppen erstellt und anschließend in Rahmen einer formalen Konsensfindung in der Leitliniengruppe abgestimmt.

Für evidenzbasierte Empfehlungen wurden Evidenztabelle als Evidenzgrundlage den Leitliniengruppenmitgliedern zur Verfügung gestellt und während der Konsensuskonferenzen bei Bedarf präsentiert.

5.1.1. Schema der Empfehlungsgraduierung

Bei der Ableitung der Empfehlungen wurden drei Empfehlungsgrade (Stärke der Empfehlung) unterschieden, die sich in der Formulierung der Empfehlungen widerspiegeln.

Tabelle 3. verwendete Empfehlungsgrade

Empfehlungsgrad*	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/ soll nicht
B	Empfehlung	Sollte/ sollte nicht
O	Empfehlung offen	Kann erwogen werden/ kann verzichtet werden

* Bei konsensbasierten Empfehlungen wurde der Empfehlungsgrad in den Empfehlungsboxen nicht explizit ausgewiesen, d.h. er ergibt sich hier allein aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann).

Für die Ableitung eines Empfehlungsgrades wurden neben der Qualität der Evidenz auch die klinische Relevanz des Ergebnisparameters, das Ausmaß des Effektes und die

Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und das deutsche Gesundheitssystem berücksichtigt (siehe nachfolgender Abschnitt).

5.1.2. Festlegung des Empfehlungsgrades

Die Grundlage des Empfehlungsgrades einer evidenzbasierten Empfehlung war die Stärke bzw. Aussagesicherheit der verfügbaren Evidenz. Ein hoher Evidenzgrad (z.B. Metaanalysen/systematische Übersichten von RCTs oder mehrere methodisch hochwertige RCTs), d.h. eine hohe Sicherheit bzgl. der Ergebnisse sollte in der Regel auch zu einer starken Empfehlung (Empfehlungsgrad A, „soll“) führen.

Zusätzlich wurden weitere Kriterien bei der Wahl des Empfehlungsgrades berücksichtigt, die zu einem Abweichen der Empfehlungsstärke nach oben oder unten führen konnten:

- a. Konsistenz der Studienergebnisse (Bsp.: Die Effektschätzer der Studienergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und zeigen keine einheitliche Tendenz.)
- b. Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken (Bsp.: Es liegen zwar Studien mit Ergebnissen in eine Richtung vor, jedoch wird die Bedeutung der gewählten Endpunkte und/oder Effektstärken als nicht relevant eingeschätzt.)
- c. Nutzen-Risiko-Verhältnis (Bsp.: Dem nachgewiesenen Nutzen einer Intervention steht ein relevanter Schadensaspekt gegenüber, der gegen eine uneingeschränkte Empfehlung spricht.)
- d. Ethische Verpflichtungen (Bsp.: Downgrading: Aus ethischen Gründen kann eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen nicht uneingeschränkt angeboten werden. Upgrading: Starke Empfehlung auf Basis von z.B. Fall-Kontroll-Studien, da aus ethischen Gründen ein RCT nicht durchführbar ist.)
- e. Patientenpräferenzen (Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen wird nicht stark empfohlen, da sie von den Patient*innen als belastend oder nicht praktikabel abgelehnt wird.)
- f. Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit in der Versorgung (Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenen positiven Effekten kann nicht empfohlen werden, weil sie im regionalen Versorgungssystem aus strukturellen Gründen nicht angeboten werden kann.)

Der Empfehlungsgrad einer konsensbasierten Empfehlung (Expertenkonsens, EK) basiert auf der Einschätzung der Leitliniengruppe unter Berücksichtigung der gleichen Kriterien wie bei evidenzbasierten Empfehlungen mit Ausnahme des Level of Evidence. Die zur Begründung des EK herangezogene Literatur wurde nicht systematisch aufbereitet, so dass keine Bewertungen zur Aussagesicherheit der Evidenz für die Ableitung des Empfehlungsgrades zur Verfügung stand.

Bei konsensbasierten Empfehlungen, zu denen in den Hintergrundtexten keine Evidenz aus Studien als Belege aufgeführt werden, wurde der Empfehlungsgrad ausschließlich auf der Grundlage der Meinungen und Erfahrungen der Leitliniengruppe festgelegt.

5.1.3. Formale Konsensusverfahren

Jede Empfehlung wurde im Rahmen eines formalen Konsensusverfahren abgestimmt. Als Konsensusverfahren kamen die strukturierte Konsensuskonferenz mit einer Online-Vorabstimmung (Technik des Delphi-Verfahrens) zum Einsatz.

Konsensstärke

Bei jeder Abstimmung wurde die prozentuale Zustimmung stimmberechtigter Mandatsträger*innen dokumentiert und die Konsensstärke (siehe Tabelle 4) an jeder Empfehlung ausgewiesen. Es war eine Zustimmung >75 % notwendig, um eine Empfehlung als konsentiert anzunehmen. Die Konsensstärke wurde gemäß nachfolgender Tabelle klassifiziert.

Tabelle 4. Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	>75 – 95% der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	50 – 75% der Stimmberechtigten
Keine mehrheitliche Zustimmung	<50% der Stimmberechtigten

5.1.3.1. Strukturierte Konsensuskonferenz mit Online-Vorabstimmung

Um eine bessere Vorbereitung der Gruppe zu den abzustimmenden Inhalten zu erreichen und diskussionsrelevante Themen bereits vor der Konsensuskonferenz zu identifizieren, wurden anonymisierte Online-Vorabstimmungen zu den Empfehlungsvorschlägen durchgeführt. Die Online-Vorabstimmungen erfolgten über das Abstimmungsportal des Leitlinienprogramms. Alle Mitglieder der Leitliniengruppe (Mandatstragende und Fachexpert*innen ohne Mandat) waren eingeladen, sich an der Online-Vorabstimmung zu beteiligen. Neben den Empfehlungsvorschlägen waren die Hintergrundtextentwürfe und – im Falle von evidenzbasierten Empfehlungen – die Evidenztabelle über das Abstimmungsportal einsehbar. Die Teilnehmenden waren eingeladen, über jeden Empfehlungsvorschlag mit „Stimme zu“, „Stimme nicht zu“ und „Weiß nicht/keine Meinung“. Darüber hinaus konnten die Teilnehmenden eine Begründung bzw. einen Gegenvorschlag bei Ablehnung in freie Textfelder eintragen.

Die Vorabstimmung lief 4 Wochen. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Leitlinienkoordination und den AG-Leitern zur Sichtung und ggf. Bearbeitung der Kommentare sowie den Moderator*innen für die Vorbereitung der Konsensuskonferenz zur Verfügung gestellt.

Bei einer ausreichenden Teilnahmequote ($\geq 75\%$ der Mandate) wurden Empfehlungen, die in der Vorabstimmung mehr als 95% Zustimmung erreicht hatten und für die keine inhaltlich relevanten Kommentare abgegeben wurden, als konsentiert betrachtet.

Für die Durchführung des formalen Konsensusverfahrens wurden die Techniken der strukturierten Konsensuskonferenz im NIH-Typ eingesetzt. Die Abstimmungsprozesse wurden von neutralen, in Konsensstechniken geschulten und erfahrenen AWMF-zertifizierten Moderator*innen geleitet und wie folgt durchgeführt.

- a. Präsentation der abzustimmenden Empfehlungen im Plenum durch die AG-Leiter,
- b. Gelegenheit zu Rückfragen und Einbringung von begründeten Änderungsanträgen,
- c. Abstimmung der Empfehlungen und Änderungsanträge,

- d. Bei Bedarf: Diskussion, Erarbeitung von Alternativvorschlägen und endgültige Abstimmung.

6. Ableitung der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie werden Qualitätsindikatoren in einem standardisierten Prozess aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet. Die detaillierte Beschreibung der Methodik findet sich auf der Homepage des Leitlinienprogramms Onkologie [15, 16].

[FOLGT. Die Texte für das Kapitel Qualitätsindikatoren werden vom externen Auftragnehmer bereitgestellt.]

7. Ableitung der Forschungsfragen

Fragen, die besonderen Forschungsbedarf aufweisen, wurden im Kapitel „Forschungsfragen“ (siehe Langversion dieser Leitlinie) herausgestellt.

Für die Zusammenstellung der Forschungsfragen wurden zunächst in den Arbeitsgruppen Vorschläge gesammelt, im PICO-Format operationalisiert und abgestimmt. Diese wurden anschließend durch die AG-Forschungsfragen/Leitlinienkoordination gesichtet, ggf. konkretisiert und modifiziert und final zusammengestellt. Anschließend wurde die Forschungsfragen der Leitliniengruppe zur Kenntnis gegeben.

8. Review-Verfahren und Verabschiedung

Während der Entwicklungsphase der Leitlinie erfolgte eine kontinuierliche inhaltliche, methodische und redaktionelle Unterstützung und Betreuung der Arbeitsgruppen durch das Koordinatorenteam (Prof. Steffen Simon, Prof. Claudia Bausewein, Prof. Raymond Voltz), sowie durch Vertreter und Vertreterinnen des AWMF-IMWi (Dr. Monika Nothacker, Prof. Ina Kopp) und des Leitlinienprogramms Onkologie (Thomas Langer, Dr. Markus Follmann, Gregor Wenzel). Nach Abschluss der Konsensusprozesse erfolgte eine interne Revision.

Anschließend wurde ein öffentliches Konsultationsverfahren für die vorläufige Langfassung, den Leitlinienreport und Evidenztabellen. Zu diesem Zweck wurde die Konsultationsfassungen auf den Internetseiten des Leitlinienprogramms Onkologie und der AWMF veröffentlicht und konnten im Rahmen einer 6-wöchigen Konsultationsphase vom 25.03.2026 bis 12.05.2026 durch die (Fach)Öffentlichkeit kommentiert werden. Die Ergebnisse des Konsultationsprozesses sowie die Änderungen, die aufgrund etwaiger Stellungnahmen vorgenommen wurden, sind in den folgenden Tabellen aufgeführt (Kapitel [8.1.1](#) und [8.1.2](#)). Die Stellungnahmen wurden von den Schreibgruppenleitern formuliert und anschließend der gesamten Leitliniengruppe vorgelegt mit der Möglichkeit zur Rückmeldung innerhalb von 2 Wochen. Änderungen, die zwei Empfehlungen bzw. Statements betrafen, mussten neu konsentiert werden. Dies erfolgte in einer Delphi-Online-Umfrage vom 28.05. bis 11.06.2026.

Schließlich fand die formale Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen statt. Alle erteilten ihre aktive Zustimmung.

8.1.1. Kommentare zu Empfehlungen und Statements

Emp f. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierter Entscheidung	Begründung der Entscheidung
Inh. = inhaltlicher Kommentar Red. = redaktioneller Kommentar							
5.7	5.4.3 / S.59	Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und einer hohen Komplexität ihrer Situation sollen eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten.	Für die herangezogenen Quellen ist darauf hinzuweisen, dass sich diese auf einen Vergleich zwischen SPV und usual care (nicht APV) beziehen.	Die angegebenen Quellen beziehen sich auf einen Vergleich von SPV mit usual care, nicht auf einen Vergleich von SPV und APV. Die Studien können deshalb nicht als Evidenz für die formulierte Empfehlung herangezogen werden, da offen ist, ob APV zu (mindestens) vergleichbaren Ergebnissen gekommen wäre wie SPV.	Inh. Keine Änderung:	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Grundsätzlich gilt, dass eine evidenzbasiert wirksame Behandlung nicht deshalb <i>nicht</i> empfohlen wird, weil alle anderen potentiellen Behandlungen noch nicht ausführlich untersucht sind. SPV ist eine evidenzbasierte wirksame Versorgungsform. Wenn in der Zukunft die Nicht-Unterlegenheit von APV evidenzbasiert belegt werden kann, kann die Empfehlung revidiert werden.
5.8	5.4.3 / S.59	Ein SPV-Kernteam soll aus überwiegend in der SPV tätigen Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Ärzt:innen, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen,.	Ein stationäres SPV-Kernteam soll aus überwiegend in der SPV tätigen Mitgliedern von mindestens drei Berufsgruppen (Ärzt:innen, Pflege, weitere Berufsgruppe) bestehen.	Die angegebenen Quellen beziehen sich ausschließlich auf stationäre Palliativteams. Es ist deshalb unzulässig, die Empfehlung auf SAPV-Teams auszuweiten. Es ist generell inadäquat, generische Empfehlungen zur SPV zu formulieren, anstatt dabei konsequent nach ambulanter und stationärer Versorgung zu trennen.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Evidenz schließt ambulante Palliativversorgung (home-care). Zudem gibt es in der Realität der Versorgung in Deutschland sowohl stationäre als auch ambulante (SAPV) multiprofessionelle SPV-Teams. Diese in der einen Empfehlung zu beschreiben widerspiegelt die Versorgungsrealität.
5.18	5.4.3.3 / S. 78	Das Team der SAPV soll als eigenständiges und multiprofessionelles Team	Streichen der Empfehlung oder Ausweis als	Siehe Kommentar zu Empfehlung 5.4.3 auf S. 59:	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang	S. 5.8

Emp f. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		(Pflege, Ärzt:innen und weitere Berufsgruppe) arbeiten.	konsensbasierte Empfehlung.	Die angegebenen Quellen beziehen sich ausschließlich auf stationäre Palliativteams. Es ist deshalb unzulässig, die Empfehlung auf SAPV-Teams auszuweiten. Wenn an der Empfehlung festgehalten wird, handelt es sich dabei nicht um eine evidenzbasierte, sondern um eine konsensbasierte Leitlinie.		mit Kommentar	
8.6.	8.3./Seite 146	„...Bei fehlender Indikation soll die Maßnahme abgelehnt werden...“	„...Bei fehlender Indikation muss die Maßnahme abgelehnt werden...“	Die „Soll-Empfehlung“ zur Ablehnung einer nicht-indizierten Maßnahme lässt die Hintertüre offen für eine reine „Wunschmedizin“. Eine Maßnahme ohne Indikation steht aber (ethisch? juristisch?) gewissermaßen im luftleeren Raum.	Inh. Änderung > statement „Bei fehlender medizinischer Indikation ist eine Maßnahme bei Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung abzulehnen.“ Der Hintergrundtext wird entsprechend angepasst.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar (Konsentierung per Delphi-verfahren)	Im Zusammenhang mit schwerst erkrankten Patienten ist eine nicht indizierte Maßnahme immer auch als kontraindiziert zu betrachten, da das Ignorieren der fehlenden Indikation mit einem Schaden ohne therapeutischen Nutzen verbunden wäre.
9.4		Empfehlungsgrad B und „...sollen...“	Änderung: Empfehlungsgrad A	Falscher Empfehlungsgrad lt. Konsensuskonferenzprotokoll	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
9.2 und 10.1 / 10.2		10.1 Bei Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Schmerzen sowie einer deutlichen kognitiven oder körperlichen	Alte Empf. 9.2. vor 10.1. wiederaufnehmen: Die Einschätzung der Schmerzintensität soll nach Möglichkeit	Es wirkt schräg ohne die alte 9.2, wenn man nur mit jetzt 10.1 eine Aussage zu kognitiven eingeschränkten Pat. Macht und hier die Fremdanamnese empfiehlt. Da wir bei den meisten anderen	Inh. Änderung: Alte 9.2. wieder aufnehmen vor der aktuellen Empf. 10.1.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar (Konsentierung)	Entspricht Logik der anderen Kapitel der Leitlinie

Empf. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierter Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		Einschränkung soll die Erfassung der Schmerzintensität durch Fremdeinschätzung von Angehörigen oder Personal erfolgen.	durch den Patienten selbst erfolgen, z. B. durch einfache eindimensionale Schmerzintensitätsskalen im Rahmen einer mehreren Symptome einschließenden Erfassung.	Symptome eine E. zur subjektiven Erfassung durch den Pat. haben, wäre das beste Vorgehen, die alte 9.2 als die neue 10.1 wieder reinzunehmen und dann 10.2 (aktuell 10.1) folgen zu lassen.		g per Delphi-verfahren)	
10.4	10.3.2	Als starke Opioide der ersten Wahl können Morphin, Oxycodon und Hydromorphon verwendet werden.		Es sollten Fentanyl und Buprenorphin gleichrangig geführt werden. Die WHO ist in ihrer Empfehlung da offener, und auch aus der zugrunde gelegten Publikation von Caraceni 2012 ist das nicht zwingend ableitbar. „No significant differences in efficacy emerged between either transdermal preparation and other opioids, but a difference in favour of transdermal preparations was seen for constipation, and patients' preference“ Interessanterweise ist Caraceni auch Mitautor der im weiteren Verlauf zitierten Arbeit von Corli, die im Hintergrundtext wie folgt zitiert wird: „In einem Phase-IV-RCT mit 520 Krebspatient:innen mit Schmerzen, die im Jahr 2016 publiziert wurde, wurden vier starkwirksame Opioide verglichen: Morphin, Oxycodon, Fentanyl und Buprenorphin [806]. Die wichtigsten Ergebnisse waren die Ähnlichkeit hinsichtlich Schmerzkontrolle, Ansprechraten und Hauptnebenwirkungen der untersuchten Opioide.“	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Diese Empfehlung ist als LL-Adaptation formuliert (Original: Caraceni 2012) und wurde durch die Leitliniengruppe bestätigt. Eine Änderung der Empfehlung würde eine systematische Literaturrecherche voraussetzen, die aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr durchführbar ist. Aus diesem Grund übernehmen wir den Kommentar für das kommende Update.

Emp f. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierter Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				Daraus wäre der Schluss begründbar, dass die erste Wahl-Empfehlung Fentanyl und Buprenorphin einschließen muss.			
15.5	15.3.4/324	Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und MIO sollte Flüssigkeit oral angeboten werden. Ebenso sollte bei bestehendem Patient:innenwunsch orale Kost nicht verwehrt werden.	Ebenso sollte bei inkompletter MIO und bestehendem Patient:innenwunsch eine angepasste orale Kost nicht verwehrt werden. Ernährungsfachkräfte sollten einbezogen werden.	Götte S: Intestinale Tumorobstruktion. S. 303 in: Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin.	Inh. Keine Änderung in der Empfehlung, Hinweis zu Ernährungsfachkräften wird im Hintergrundtext aufgenommen: „Die Empfehlungen zur parenteralen Ernährung bei Patient:innen mit fortgeschrittener Krebserkrankung stimmten mit denen der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)-Leitlinie [1412] und denen der Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC)-Leitlinie [1390] für Patient:innen mit MIO überein. Zudem heben diese Leitlinien die Bedeutung einer Beratung durch Ernährungsfachkräfte als Unterstützungsangebot hervor. “	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Keine Änderung in der Empfehlung, da Berufsgruppen in den Empfehlungen in der Regel nicht benannt. Zudem ist dies weniger eine Frage der Ernährungsberatung, sondern mehr der individuellen Vorlieben. Hinweis zu Ernährungsfachkräften wird im Hintergrundtext aufgenommen.

Emp f. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
15.7		Bei Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und MIO, die eine erwartete Überlebenszeit von mehreren Wochen oder Monaten haben, soll eine parenterale Ernährung erwogen werden.	Neu abstimmen !! Siehe ESPEN Guideline	Allgemein:: ich halte nach wie vor die Empfehlungen zur Flüssigkeitsgabe, Korrektur von Elektrolytverschiebungen und PEN bei MIO insgesamt zu konservativ. Sie trennen nicht ausreichend die Problembereiche Exsikkose, Elektrolytverschiebung und Ernährung. Alle drei Probleme sind potentiell mit Symptomatik assoziiert und müssen im Rahmen der Symptomlinderung getrennt adressiert werden. <i>„Bei Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und MIO, die eine erwartete Überlebenszeit von wenigen Wochen haben, sollte eine parenterale Ernährung kritisch abgewogen werden.“</i> <i>Es ist müßig, sich über soll oder sollte zu streiten, solange unklar bleibt, was mit kritischer Abwägung gemeint ist.</i> Konkret zu 15.7. : Wenn jemand eine Chance auf Monate (Plural!) hat, dann ist „erwägen“ zu wenig um die notwendige Energieversorgung sicherzustellen. In Anerkennung der Schwierigkeit der Abwägung halte ich es für erforderlich, darauf hinzuweisen, dass die Erwartung eines Überlebens von Monaten (Plural) ohne Parenterale Ernährung in dieser	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die aktuelle Formulierung widerspricht der ESPEN-LL nicht. Die LL-Gruppe hat sich darauf geeinigt, eine vorsichtige Formulierung zu wählen, um – wie im Hintergrundtext beschrieben – das Spannungsfeld zwischen Besserung des Funktionsstatus und potentieller Belastung bzw. Komplikationen für die Patienten zum Ausdruck zu bringen.

Emp f. Nr.	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				Situation rein physiologisch für unrealistisch halten. Ein bloßes Abwägen ist in dieser Situation zu wenig. Ich folge eher der Formulierung der aktuellen ESPEN - Leitlinie. Dort heisst es: „HPN sollte bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung und CIF verordnet werden, um einen vorzeitigen Tod durch Mangelernährung zu verhindern, wenn ihre krebsbedingte Lebenserwartung voraussichtlich mehr als ein bis drei Monate beträgt – auch bei jenen, die keine aktive onkologische Behandlung erhalten.“ Im Original : „HPN should be prescribed to prevent an earlier death from malnutrition in advanced cancer patients with CIF, if their life expectancy related to the cancer is expected to be longer than one to three months, even in those not undergoing active oncological treatment.(R4, grade B, consensus 90%)“ Quelle: Loris Pironi et al. Clinical Nutrition 39 (2020) 1645e1666 ESPEN guideline on home parenteral nutrition			

8.1.2. Kommentare zu Hintergrundtexten

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
Inh. = inhaltlicher Kommentar Red. = redaktioneller Kommentar								
Übergreifend								
		Gesamte LL	Pflegefachkraft/Pflegekraft	Konsistente Verwendung des Begriffs Pflegefachperson da in der LL Begriffe aktuell uneinheitlich verwendet werden	Die LL steht potenziell im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben und Vorgaben des BIBB	Red. Übernehmen Begriff Pflegefachperson wird in der LL vereinheitlicht.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 509	Würdetherapie	Würdezentrierte Therapie	Chochinov, H., Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens Vandenhoeck und Ruprecht, 2017.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 478 + 479	würdezentrierte Gesprächstherapie	Würdezentrierte Therapie	Chochinov, H., Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens Vandenhoeck und Ruprecht, 2017.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 478	Familien-Würdetherapie	Würdezentrierte Therapie mit Angehörigen	Chochinov, H., Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens Vandenhoeck und Ruprecht, 2017.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 509	Kurzzeit-Würdetherapie	Würdezentrierte Therapie (Kurzintervention)	Chochinov, H., Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens Vandenhoeck und Ruprecht, 2017.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 482	würdezentrierte Therapiegespräche	Gespräche im Rahmen der Würdezentrierten Therapie	Chochinov, H., Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens Vandenhoeck und Ruprecht, 2017.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		6.4., S. 109 6.5., S. 112 16.4., S. 364 17.5. S. 416 17.5., S. 418 17.5., S. 419 19.4., S. 477 19.4., S. 479 19.4., S. 480 20.4. S. 508	Jeweils unterschiedliche Bezeichnungen der Künstlerischen Therapien	Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) ODER Künstlerische Therapeut:innen (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.)	Dies ist die offizielle Selbstbezeichnung, die nach Beschluss der BAG Künstlerische Therapien genutzt und überwiegend in Leitlinien etc. verwendet wird – bitte vereinheitlichen.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
Versorgungsstrukturen								
		5.1. / Seite 48	„...Palliativversorgung in Deutschland ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten erfolgreich in der Regelversorgung etabliert...“	„...Der Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert, bei allerdings fortbestehenden regionalen Unterschieden sowie einer fortbestehenden	z.B. Apolinarski et al., Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2024 Dec:190-191:53-62 „Dünn in der Fläche? Regionale Disparitäten in der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ z.B. Müller et al., BMC Palliat Care 2022 Dec 12;21(1):221 „Palliative care outpatients in a German	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				Unterversorgung v.a. im Bereich der Frühintegration..."	comprehensive cancer center – identifying indicators for early and late referral“			
		5.4.2 / S. 58/59	S. 58: Die onkologisch Tätigen in der APV zeichnen sich durch zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten in der klinischen Palliativmedizin aus, die durch eine Zusatzweiterbildung (ZWB Palliativmedizin) erlangt wurden. S. 59: Die Allgemeine Palliativversorgung kann nur adäquat stattfinden, wenn alle beteiligten Gesundheitsberufe weiterführende Kenntnisse zur Palliativversorgung besitzen, die in Aus-, Weiter- und Fortbildungen erworben werden. Zum Thema Qualifikation siehe auch den Abschnitt Kapitel 5.6.	Der Satz auf S. 58 muss gestrichen werden.	Die Versorgungslage in Deutschland erfordert eine Stärkung der APV und der palliativmedizinischen Basisversorgung. Eine Erhöhung der Qualifikationsvoraussetzungen für die Leistungsabrechnung läuft diesen Erfordernissen zuwider. Für die in der Leitlinie als APV bezeichnete BQKpmV gemäß § 87 Abs. 1b SGB V, Anlage 30 BMV-Ä gelten aktuell die Vorgaben der einzelnen KVen, die eine Selbstauskunft zu bisherigen Erfahrungen/Kompetenzen und ggf. den 40-Stunden Kurs beinhalten. Nur für die SAPV gilt die Erfordernis der ZWB. Die ZWB Palliativmedizin zur Abrechnungsvoraussetzung für APV zu machen, ist kontraproduktiv und unrealistisch. Sie wird die Anzahl verfügbarer APV-Leistungserbringer stark einschränken. Das wird auch dazu führen, dass noch mehr Sog als bereits bislang in die SAPV entstehen wird. Eine solche Entwicklung ist besonders kritisch angesichts der Erwartung einer zunehmenden Anzahl von Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf.	Inh. Änderung „z.B.“ ergänzen wie folgt: „Die onkologisch Tätigen in der APV zeichnen sich durch Kenntnisse und Fertigkeiten in der klinischen Palliativmedizin aus, die z.B. durch den Erwerb einer Zusatzweiterbildung (ZWB Palliativmedizin) dokumentiert werden können.“	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Beschreibung eine Zusatzweiterbildung spiegelt die Diskussion von Ärztag etc wider. Eine komplette Streichung ist nicht sinnvoll. Dennoch wird die Aussage zur Zusatzweiterbildung abgeändert, u.a. mit einem „z.B.“ eingeführt.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					In Kapitel 5.6, auf das auf S. 59 explizit verwiesen wird, steht hingegen: „Die palliativmedizinischen Qualifikationen der einzelnen Berufsgruppen sind uneinheitlich geregelt, bei einzelnen Berufsgruppen liegen bisher keine anerkannten Qualifikationen vor (Stand von 07.2025). Zudem ist eine eindeutige Zuordnung des Qualifikationsniveaus zu einer der drei Ebenen Palliativmedizinische Basisversorgung durch den Primärbehandelnden, allgemeine-Palliativversorgung und spezialisierte Palliativversorgung häufig nicht möglich. Aus diesem Grund hat die Leitliniengruppe beschlossen, eine Differenzierung zwischen generalistischer Basisqualifikation und spezialisierter Qualifikation zu benennen, wobei die aktuellen Qualifikationsniveaus der einzelnen Berufsgruppen deskriptiv und ohne Zuordnung zu einer spezifischen Ebene beschrieben werden. Die formale Verknüpfung der Versorgungsintensität an Qualifikationsgebundene Voraussetzungen ist aktuell Gegenstand der Diskussion und im Klärungsprozess.“ Diese Erläuterung und der Hinweis darauf auf S. 59 sind ausreichend.			

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					Der Satz auf S. 58 muss und kann also gestrichen werden.			
		5.4.3 / S.60	Multiprofessionalität im SPV-Kernteam bedeutet eine Zusammensetzung aus Vertretern von mindestens drei Professionen, darunter ein:em Ärzt:in und einer Pflegekraft.	Multiprofessionalität in einem stationären SPV-Kernteam bedeutet eine Zusammensetzung aus Vertretern von mindestens drei Professionen, darunter ein:em Ärzt:in und einer Pflegekraft.	Die angegebenen Quellen beziehen sich ausschließlich auf stationäre Palliativteams. Es ist unzulässig, die Empfehlung auf SAPV-Teams auszuweiten. Es ist generell inadäquat, generische Empfehlungen zur SPV zu formulieren, anstatt dabei konsequent nach ambulanter und stationärer Versorgung zu trennen.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s. Kommentar zur Empfehlung 5.8 (Tabelle „Kommentare zu Empfehlungen“)
		5.4.3 / S.60	Die Mitglieder des Kernteams der SPV sollen überwiegend (im Sinne einer Hauptberufstätigkeit) in der SPV tätig sein, sodass die spezialisierte Versorgungsqualität auch gewährleistet werden kann [81].	Die Quellenangabe muss entfernt werden. Wenn die Empfehlung aufrechterhalten wird, sollte sie konsensbasierte Empfehlung gekennzeichnet werden	Die angegebene Quelle bezieht sich auf einen Vergleich von SPV, die die in der Empfehlung genannte Voraussetzung erfüllt, mit usual care. Ein Vergleich zwischen SPV, die die Voraussetzung erfüllt mit SPV, die diese Voraussetzung nicht erfüllt, wurde nicht vorgenommen. Die Studie kann deshalb nicht als Evidenz für die formulierte Empfehlung herangezogen werden.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s. Kommentar zur Empfehlung 5.8 (Tabelle „Kommentare zu Empfehlungen“)
		5.4.3 / S. 61	Die weiter unten beschriebene Evidenz zur SPV umfasst damit viele Studien auch zur sog. Früh- zw. zeitgerechte Integration.	Die weiter unten beschriebene Evidenz zur SPV umfasst damit viele Studien auch zur sog. Früh- bzw. zeitgerechten Integration.	Bitte Schreibfehler korrigieren.	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		5.4.3 / S. 61	Es gibt nur wenige Studien in Deutschland. Aufgrund der sehr eingeschränkten Datenlage wurde	Es gibt nur wenige Studien in Deutschland, darunter zwei relevante, große, trotz ihrer Limitationen belastbare	Es liegen zwei relevante, große, trotz ihrer Limitationen belastbare retrospektive Untersuchungen auf der Basis von	Inh. Nicht übernehmen.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Diese Studien gehören zu der sehr eingeschränkten Datenlage, die zudem

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			entschieden, gesundheitsökonomische Aspekte in diesem Update nicht ausführlich zu behandeln und beim nächsten Update erneut zu prüfen, ob dann genug Datenmaterial zu Verfügung steht, um das Thema ausführlicher zu behandeln	retrospektive Untersuchungen auf der Basis von Routineabrechnungsdaten zu gesundheitsökonomischen Aspekten der Palliativversorgung. Diese sollten in ihren zentralen Ergebnissen aufgegriffen werden. Diese lauten: Gemessen an den Gesamtversorgungskosten je Sterbefall in der Häuslichkeit, im Pflegeheim oder Hospiz (anstatt im Krankenhaus) sind die PV-Strukturen in Deutschland sehr unterschiedlich kosteneffizient und Westfalen-Lippe sticht positiv heraus [87]. Gemessen an den Gesamtversorgungskosten infolge von ambulanter Palliativversorgung zeigen sich ebenfalls große regionale Unterschiede in Deutschland, wobei nennenswerte Einsparungen nur durch SAPV in Berlin und Westfalen-Lippe erzielt werden [Freytag et al. 2025]. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage wurde entschieden, gesundheitsökonomische Aspekte in diesem Update nicht ausführlicher zu behandeln und beim nächsten Update erneut zu prüfen, ob	Routineabrechnungsdaten zu gesundheitsökonomischen Aspekten der Palliativversorgung vor. Diese sollten in ihren zentralen Ergebnissen aufgegriffen werden. Diese lauten: Gemessen an den Gesamtversorgungskosten je Sterbefall in der Häuslichkeit, im Pflegeheim oder Hospiz (anstatt im Krankenhaus) sind die PV-Strukturen in Deutschland sehr unterschiedlich kosteneffektiv und Westfalen-Lippe sticht positiv heraus [87]. Gemessen an den Gesamtversorgungskosten infolge von ambulanter Palliativversorgung zeigen sich ebenfalls große regionale Unterschiede in Deutschland, wobei nennenswerte Einsparungen nur durch SAPV in Berlin und Westfalen-Lippe erzielt werden [Freytag A, Krause M, Schmid A, Ditscheid B, Marschall U, Wedding U, Meissner F. Ambulante Formen von Palliativversorgung als Prädiktoren für Ergebnisqualität und Kosten regionaler Versorgung am Lebensende in Deutschland: eine GKV-Routinedaten-basierte Kosten-Konsequenz-Analyse. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> (2025). https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.04.001].			große Limitationen aufweisen, so dass belastbare Aussagen u.a. zur Kosteneffizienz eben NICHT möglich sind. Aus diesem Grund – und um eine Verzerrung zu vermeiden – hat die Leitliniengruppe entschieden, aktuell keine gesundheitsökonomischen Aspekte näher zu behandeln.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				dann genug Datenmaterial zu Verfügung steht, um das Thema ausführlicher zu behandeln.	Außerdem sollte angesichts der großen gesellschaftlichen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland einschließlich der Versorgung am Lebensende darauf gedrängt werden, gesundheitsökonomische Aspekte der Palliativversorgung künftig vermehrt bzw. systematisch zu untersuchen.			
		5.4.3 / S.62	In einer Analyse der gesundheitsökonomischen Effizienz unterschiedlicher SAPV-Strukturen in Deutschland lassen die Ergebnisse aufgrund der Heterogenität der Angebote und methodischer Limitationen ebenso keine eindeutige Identifikation von Wirkfaktoren und kosteneffizientem Ressourceneinsatz bei beschriebener bemerkenswerter breiter Streuung der Parameter zu. Aber: alle Strukturen sind patient:innenbezogen als wirksam beschrieben [87].	Während die SAPV-Strukturen ggü. keinem Einsatz von SAPV (unter Patienten, die mindestens eine Art von Palliativversorgung erhielten) aller 17 Regionen als wirksam in Bezug auf die Vermeidung belastender Behandlungen am Lebensende beschrieben werden, waren Einsparungen bei den Gesamtversorgungskosten (inkl. Kosten der Palliativversorgung) nur für die SAPV-Strukturen in Berlin und Westfalen-Lippe zu verzeichnen [87, Freytag et al. 2025].	Es gibt noch eine weitere Studie, die die gesundheitsökonomische Effizienz der SAPV in Deutschland untersucht: Freytag A, Krause M, Schmid A, Ditscheid B, Marschall U, Wedding U, Meissner F. Ambulante Formen von Palliativversorgung als Prädiktoren für Ergebnisqualität und Kosten regionaler Versorgung am Lebensende in Deutschland: eine GKV-Routinedaten-basierte Kosten-Konsequenz-Analyse. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> (2025). https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.04.001 Diese Studie sollte mit dem folgenden Ergebnis berücksichtigt werden: Während die SAPV-Strukturen ggü. keinem Einsatz von SAPV (unter Patienten, die mindestens eine Art von	Inh. Nicht übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s.o. Kommentar zu 5.4.3, S. 61

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					Palliativversorgung erhielten) aller 17 Regionen als wirksam in Bezug auf die Vermeidung belastender Behandlungen am Lebensende beschrieben werden, waren Einsparungen bei den Gesamtversorgungskosten (inkl. Kosten der Palliativversorgung) nur in Berlin und Westfalen-Lippe zu verzeichnen.			
		5.4.3.3 / S. 80	Durch Studien, die ambulante spezialisierte Palliativversorgung untersuchen, sind eine Verbesserung der Lebensqualität und die Senkung von Gesundheitskosten sowie eine Erhöhung der Zahl der Menschen, die auf eigenen Wunsch zu Hause versterben konnten, durch den Einsatz von Home-care-Programmen gut belegt [69], [70], [71], [73], [158], [159], [160], [121], [161], [162].	Durch Studien, die ambulante spezialisierte Palliativversorgung untersuchen, sind eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Erhöhung der Zahl der Menschen, die auf eigenen Wunsch zu Hause versterben konnten, durch den Einsatz von Home-care-Programmen gut belegt. [Dabei sollten die für diese Aussage zitierfähigen Studien nochmals geprüft werden. Ergänzt werden kann hier bzgl. des Sterbeorts: Freytag A, Krause M, Schmid A, Ditscheid B, Marschall U, Wedding U, Meissner F. Ambulante Formen von Palliativversorgung als Prädiktoren für Ergebnisqualität und Kosten regionaler Versorgung am Lebensende in Deutschland:	Die zu den Gesundheitskosten getroffene Aussage ist stark und widerspricht der Ausführung auf S. 61, gesundheitsökonomische Aspekte in diesem Update nicht ausführlich behandeln zu wollen. Die zitierten Studien können bis auf eine einzige (71) nicht als Evidenz für die getätigte Aussage herangezogen werden und diese Studie ist von 1990 und bezieht sich auf Kriegsveteranen aus den USA. 69: keine Messung von Gesundheitskosten 70: Intervention war nicht SAPV, sondern ein umfassender Managed Care Ansatz 71: Studie mit Veterans/US 1990, die auch Kosteneinsparungen findet 73: keine Messung von Gesundheitskosten 158: Studie von 1986, keine Messung von Gesundheitskosten 160: Vergleich von home vs.	Inh. Änderungen des Hintergrundtextes wie folgt: Streichen des gesundheitsökonomischen Passus im Hintergrundtext zur Senkung der Kosten und Verweis auf die systematische Literaturrecherche als Referenzangabe: „Durch Studien, die ambulante spezialisierte Palliativversorgung untersuchen, sind eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Erhöhung der Zahl der Menschen, die auf eigenen Wunsch zu Hause versterben konnten, durch den Einsatz von Home-care-Programmen gut belegt,	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s.o. Kommentar zu 5.4.3, S. 61 Bzgl. Literaturangabe wird nur noch auf die Evidenzzusammenfassung der systematischen Recherche verwiesen.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				eine GKV-Routinedaten- basierte Kosten-Konsequenz- Analyse. <i>Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> (2025). https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.04.0011	hospital care, keine Messung von Gesundheitskosten 161: nicht digital verfügbarer Methodentext von 1978 Hingegen zeigen die Ergebnisse zweier deutscher Studien auf der Basis von GKV-Routinedaten bzgl. der Gesundheitskosten in eine andere Richtung: So ist ambulante Palliativversorgung bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen gemäß Hemmerling et al. 2025 nicht mit Gesamtkosteneinsparungen assoziiert. Und gemäß Freytag et al. finden sich bei 15 von 17 KV- Regionen keine Kosteneinsparungen durch SAPV, außer in Berlin und Westfalen-Lippe. Hemmerling M, Schütte S, Eberhard S, et al. Impact of outpatient palliative care on healthcare costs in Germany - an analysis of cancer and non-cancer patients based on health insurance data. <i>Health Econ Rev</i> 2025;15(1):70. DOI: 10.1186/s13561-025-00604-z Freytag A, Krause M, Schmid A, Ditscheid B, Marschall U, Wedding U, Meissner F. Ambulante Formen von Palliativversorgung als Prädiktoren für Ergebnisqualität und Kosten regionaler Versorgung am Lebensende in Deutschland: eine GKV-Routinedaten-basierte Kosten-Konsequenz- Analyse. <i>Zeitschrift für Evidenz,</i>	s. hierzu Evidenzzusammenfass ung weiter unten.“		

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					<i>Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen</i> (2025). https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.04.001			
		5.4.3 und 5.4.3.3	Alle Textabschnitte	Disclaimer einfügen: Die herangezogene Evidenz zur Effektivität von SPV bzw. SAPV bezieht sich auf Vergleiche mit usual care und nicht mit APV. Die Ergebnisse der Studien können somit nicht angeführt werden für eine Überlegenheit der SPV ggü. der APV.	Es wird nicht deutlich genug, dass die (gesamte) angeführte Evidenz auf einem Vergleich mit usual care basiert, ohne dass usual care dabei genauer spezifiziert wäre, geschweige denn, systematisch mit APV gleichgesetzt werden könnte. Die Ergebnisse der Studien können somit nicht angeführt werden als Evidenz für eine Überlegenheit der SPV ggü. der APV.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s. Kommentar zur Empfehlung 5.7 (Tabelle „Kommentare zu Empfehlungen“)
		5.4.5 S. 94	Mitarbeiter	Mitarbeiter:innen	Im weiteren Verlauf des Textes wird auch gegendert	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		S. 94	durch ehrenamtliche Hospizhelfer	durch ehrenamtliche Hospizbegleiter:innen	Begriff „Helfer“ wird für dieses Ehrenamt nicht mehr verwendet (v.a. wegen der umfassenden und vom §39a (2) SGB V vorgeschriebenen Qualifizierung) „Helfer“ im gesamten Text ersetzen Die Bezeichnung „ehrenamtliche Mitarbeiter:innen“ im Text ist ebenso korrekt wie „Hospizbegleiter“	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		5.4.3.5 / S. 86	aber auch Einbeziehung physiotherapeutischer, psychologischer, kreativtherapeutischer, sozialtherapeutischer und seelsorgerlicher Therapeut:innen	aber auch Einbeziehung physiotherapeutischer, psychologischer, sozialtherapeutischer, künstlerischer und seelsorgerlicher Therapeut:innen	s.o.	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		5.4.5. / S. 94 mitte	neulich erschienene	„neulich“ löschen, ggf. durch Jahreszahl ersetzen	In ein paar Jahren ist „neulich“ nicht mehr richtig	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		5.4.5. / S. 94	Bei den patientennahen gibt es vor allem praktische Unterstützung (dabei sein, kleine Erledigungen, Alltagsgespräche, Sitzwachen etc.) sowie emotionale und spirituelle Unterstützung für Patienten und Angehörige. Auf der organisatorischen Ebene sind vielfältige Aktivitäten zu nennen, wie z. B. Telefondienst, Garten versorgen, Spendenakquise oder Fahrdienste.	Bei den patientennahen gibt es vor allem psychosoziale, emotionale und spirituelle Unterstützung für Patienten und Angehörige, angefangen von Alltagsgesprächen bis hin zu existenziellen Gesprächen, von Dasein über Aushalten hin zur Stille. Es können sekundär auch praktische Unterstützungen (kleine Erledigungen und praktische Handgriffe etc.) sein. organisatorische Ebene = patientenfern: ganz löschen. Falls lassen: Außerhalb patientennaher Aufgaben gibt es viele ehrenamtliche Betätigungsfelder (v.a. Vorstandsarbeit, wozu z.B. Finanzwesen mit Fundraising bzw. Spendenakquise, Öffentlichkeitsarbeit, Personalwesen, etc. zählen).	Das Wesentliche ist die Begleitung i.S.d. §39a (2) SGB V. Siehe Aufgaben Ehrenamtlicher in der RV. Das können auch mal praktische Unterstützungen sein, ist aber nicht der Kern, wie hier dargestellt. Auch wenn solche Aufgaben in der Praxis erledigt werden, sollten sie in dieser Leitlinie nicht hervorgehoben werden. „da sein“ oder „dabei sein“!? Was ist mit „dabei sein“ gemeint? Garten versorgen, Erledigungen: Hospizdienste sind keine Nachbarschaftshilfen; Spendenakquise steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit Patienten; Fahrdienste gibt es selten, braucht Versicherung und trifft formal die Frage nach Personenbeförderung Es wird sehr vermischt zwischen patientennah und -fern, Ehrenamt mit / ohne Qualifizierungsbedarf, Aufgaben von Hospizbegleitern vs. Vorstandsmitgliedern (oder anderen) Diese sind nicht patientenbezogene Aufgaben und keine von	Inh. Modifiziert übernehmen Dieser Kommentar wurde dem DHPV vorgelegt und leicht angepasst.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					qualifizierten ehrenamtlichen (förderfähigen) Hospizbegleitern			
		5.4.4 / S. 94 mitte	und auch über den Tod d. Patient:in hinaus, d. h. in der Trauerphase, übernommen	Löschen	Ehrenamtliche Hospizbegleiter übernehmen nicht die Trauerbegleitung. Dies ist ein separater Bereich mit eigens in Trauer geschulten Ehrenamtlichen. Dieser Halbsatz ist auch gefährlich, weil Trauerbegleitung nicht förderfähiger Gegenstand nach §39a (2) ist und die Dienste hier viel vermischen, so dass es auch zu nicht-förderfähigen Trauerkoordinationsaufgaben durch geförderte Koordinationsfachkräfte kommt (vgl. Handreichung des DHPV) löschen, weil Trauerbegleitung ist über die Sterbebegleitung hinaus ein eigener Bereich und ist explizit und korrekt genannt S. 94 unten	Inh. Modifiziert übernehmen Dieser Kommentar wurde dem DHPV vorgelegt und leicht angepasst.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		5.4.4 / S. 94 unten	Die ehrenamtliche Begleitung der Angehörigen über den Tod d. Patient:in hinaus (Trauerbegleitung) ist fester Bestandteil der Aufgaben von Hospizdiensten und wird in Deutschland angeboten.	Postionskorrektur: ans Ende stellen, weil Text sonst nur über Hospizbegleitung geht Textkorrektur: „ ... (Trauerbegleitung) kann ein zusätzliches Angebot von Hospizdiensten sein und wird ...“	Ist hier eingeschoben zwischen zwei Textteile zur Sterbebegleitung → Infos Hospizbegleitung und Trauerbegleitung sauber trennen (weil zwei verschiedene Angebote mit unterschiedlicher Qualifizierung, unterschiedlichem Personal und unterschiedlicher Finanzierung) Nicht alle Hospizdienste haben eine Abteilung für Trauer ↓	Inh. Modifiziert übernehmen Dieser Kommentar wurde dem DHPV vorgelegt und leicht angepasst.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					Diese bisher benannten Textteile scheinen inhaltlich veraltet, sind wenig differenziert, vermischen viel, was nicht zusammengehört (patientennah- und -fern, Begleitungsaspekte hinsichtlich Begegnung und Organisation, Hospiz- und Trauerbegleitung) → Empfehlungen des DHPV berücksichtigen			
		5.4.5. / S. 95 oben	<i>die ersten beiden Absätze</i>	Positionskorrektur: weiter nach vorne, ggf. an den Anfang	Von allgemeinen Beschreibungen, Einführungen ins Detail (patientennah, -fern) gehen, nicht springen	Inh. Modifiziert übernehmen Dieser Kommentar wurde dem DHPV vorgelegt und leicht angepasst.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		5.4.5. / S. 95 - zweiter Absatz	Diese Förderung umfasst Personalkosten für hauptamtlich angestellte und qualifizierte Koordinationskräfte, Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten ...	Diese Förderung umfasst einen angemessenen Zuschuss zu den Personal- und Sachkosten Personalkosten für hauptamtlich angestellte und qualifizierte Koordinationskräfte, sowie zu den Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten ...	Laut Rahmenvereinbarung für die Förderung ambulanter Hospizdienste handelt es sich um einen angemessenen Zuschuss, nicht um eine Vollfinanzierung – wichtiges Signal, das bei vielen immer noch nicht angekommen ist	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
Kommunikation								
		6.5/112	Die Gespräche sollten durch an der Behandlung d. Patient:in Beteiligte (z. B. Arzt, Pflegekräfte, Sozialarbeitende, Psycholog:innen, Seelsorgende, Künstlerische	...(z.B Ärzt:in, Pflegekräfte, Sozialarbeitende, Psycholog:innen, Seelsorgende, Ernährungsfachkräfte, Künstlerische Therapeut:innen (Kunst-, Musiktherapie u.a.))	Berufsgruppe fehlt	Inh. Modifizierte Änderung: „Gespräche können unabhängig von der Berufsgruppe von allen an der Behandlung des	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Jede Berufsgruppe kann solche Gespräche führen, deshalb sollten nicht einzelne besonders aufgeführt werden.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			Therapeut:innen (Kunst-, Musiktherapie u.a.)) geführt werden.			Patienten Beteiligten geführt werden.“		
Angehörige								
		7.6/126	Zentrale Themen im Kontext der Angehörigen-Unterstützung sind: die praktische Qualifizierung der Angehörigen für die Begleitung, Versorgung und Pflege des Patient:innen (Empowerment)	... die praktische Qualifizierung der Angehörigen für die Begleitung, Versorgung, Ernährung und Pflege des Patient:innen (Empowerment). Zusätzlicher Absatz: Dazu zählt auch eine fachliche Unterstützung bei der individuellen Anpassung von Mahlzeiten. Essen und Trinken in der letzten Lebensphase hat einen hohen Stellenwert bei Angehörigen. Es dient nicht nur der Existenzsicherung, sondern ist auch ein Zeichen der Fürsorge und Zuwendung. Eine Ernährungsfachkraft sollte hinzugezogen werden, um die Speisen an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen (z.B. konsistenzmodifizierte Kost), so dass „eating related distress“ vermieden wird. Außerdem geht es darum, Alternativen für Zuwendung und Fürsorge aufzuzeigen, insbesondere bei anhaltender Appetitlosigkeit.	Wicks V, Philip S, Warbrick M, et al.: The role of food as part of person-centered palliative care: An exploratory ethnographic study. Palliative Care and Social Practice 2025; 19: 1–14 Amano K, Baracos VE, Hopkinson J: Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2019; 143, 117–123 Monteverde S: Essen, Trinken und „eating related distress“ in der Palliative Care. Ars Medici 2016; 16: 714-717 Bullermann-Benend, Maria, et al., eds. Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin (inkl. Online-Material). Elsevier GmbH, 2025. S.4 Bullermann-Benend, Maria, et al., eds. Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin (inkl. Online-Material). Elsevier GmbH, 2025. S.41/42/387	Inh. Nicht übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Ernährung ist als ein Teil der Überbegriffe Versorgung oder Pflege zu verstehen – und zwar aus Angehörigensicht. Es gibt weitere Unterbegriffe oder Konkretisierungen (Bewegung, Lagerung, Gespräche etc.) der hier benannten Überbegriffe, die dann auch genannt werden müssten, was die allgemeine und übergeordnete Aussage sprengen würde.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft kann eine Essbiographie bzw. Genussampel erstellt werden, denn es ist hilfreich, wenn das betreuende Team die Lieblingspeisen und – getränke ihrer Patient*innen kennen. Der Geschmack oder Duft eines Leibgerichtes kann auch noch in den letzten Lebenstagen angenehme Gefühle auslösen und als positiv empfunden werden. Individuell gestaltete Genusserlebnisse können beruhigen, beleben und sogar kurzzeitig Schmerzen lindern. Informationen aus der Essbiografie können auch in die individuelle Mundsorge einfließen, die ggf. nach Anleitung durch Pflegekräfte von Angehörigen übernommen werden kann. Sie kann zur Lebensqualität für die sterbenden Patient:innen beitragen.				
		7.6.7. / Seite 131	„...auf die Angehörigen einprasseln...“	„...Die Angehörigen sind während der Sterbephase mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert...“	„einprasseln“ klingt zu umgangssprachlich für eine wissenschaftliche Leitlinie	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		7.7., S. 141	kreative und alternative Methoden (z.B. Kunst- und	kreative und alternative Methoden (z.B. Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-,	s.o.	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			Musiktherapie, tiergestützte Therapie)	Tanz-, Theatertherapie u.a.), tiergestützte Therapie)				
		7.7.5. / Seite 137	„...Sie unterscheidet sich von anderen psychischen Erkrankungen wie Depression...“	ggf. Hinweis einfügen auf späteres Kapitel „Depression“, wo die Differenzialdiagnose zur komplizierten Trauer abgehandelt wird		Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
Atemnot								
		9.4.1. Tabelle 13	Buprenorphin	Ersetzen durch Buprenorphin		Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		9.4.2./ S.170 Abschnitt 4	Nebenwirkungen	Nebenwirkungen		Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		9.4.1/165	Insgesamt besteht die höchste Evidenz für orales Morphin.	Insgesamt besteht die höchste Evidenz für Morphin.	In der Subgruppenanalyse für die orale Applikation wurde in dem Review von Barnes et al. [1] kein signifikanter Unterschied zu Placebo gefunden. Der signifikante Effekt von Morphin in Subgruppenanalysen in drei der genannten neueren Reviews [2-4] besteht ausnahmslos auf Meta- Analyse von den jeweils zwei gleichen Studien (Mazzocato et al. und Bruera et al.)[5, 6], welche Morphin subkutan verwenden. Die in der Leitlinienempfehlung 9.4.1. zitierte Studie von Abernathy et al. [7] zeigt zwar einen signifikanten Effekt für orales retardiertes Morphin. Die Studie	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					testete dabei aber vorwiegend (88 %) COPD-Patienten. Zudem konnten mehrere neuere, größere RCTs mit ebenfalls vorwiegend respiratorisch Erkrankten [8-12] den Effekt für orales retardiertes Morphin nicht reproduzieren.			
		9.4.1/ 164-165	Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie 2025 wurden 4 Systematic Reviews identifiziert. In einem Systematic Review von Luo et al. (2021) [665] wurden elf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit insgesamt 290 Teilnehmenden eingeschlossen. Die in diesem Review durchgeführte Metaanalyse zu Auswirkungen auf die Atemnot- Intensität zeigte einen kleinen positiven Effekt von Opioiden mit SMD - 0.82, [95% CI -1.54 bis - 0.10] und anhand der Borg-Skala (3 Studien) mit WMD-0.95 [95% CI -1.83 bis -0.06]. Für die Gabe von Morphin wurde eine geringe positive Wirkung auf die Atemnot festgestellt mit SMD -0.78 [95% CI -1.45 bis -0.10]. Die geringe Heterogenität	Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie 2025 wurden 4 Systematic Reviews identifiziert.[2-4, 13] Diese weisen eine hohe Überlappung auf und schließen im Kern die identischen sieben placebokontrollierten Primärstudien ein [5, 6, 14-18]. Die methodische Qualität und die Aussagekraft der gepoolten Analysen variieren jedoch. Während zwei der Reviews die eingeschlossenen placebokontrollierten Studien nicht gemeinsam poolen[2] oder methodische Mängel aufwiesen (u. a. Datenextraktionsfehler)[3], zeigte ein weiteres Review für Opioide einen signifikanten, kleinen bis mittleren Effekt mit SMD -0.43 [95% CI -0.75 bis - 0.12][4]. In drei der vier Reviews [2-4] wurde ein relevanter Effekt für subkutan als Einzeldosis verabreichtes Morphin	Die primäre Meta-Analyse von Luo et al. (mit Ergebnis SMD -0.82 [95%-CI -1.54, -0.10]) weist eklatante methodische Mängel auf 1. Für die Studie von Charles et al. [14] wurden falsche SDs für das Primärergebnis verwendet, weil das Komma um eine Stelle nach links verrutscht ist (für den Placebo-Arm z.B. Mean 48.1 mit SD 1.78 anstatt wie im Original publiziert SD 17.8), dies führt zu einer Verzehnfachung des SMD für diese Studie (-2.67) und somit Überschätzung des gesamten Effektes der Meta-Analyse 2. Für die Studie von Charles et al. [14] wurden zusätzlich die Arme für systemische Gabe und inhalative Gabe gepoolt, was zu hinterfragen ist und dazu führt, dass die Studie stärker gewichtet ist 3. Die Studie von Yamaguchi et al. [20] ist keine Placebo-kontrollierte Studie (Oxycodon vs. Morphin),	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			($I^2 = 0\%$) deutet auf eine hohe Übereinstimmung zwischen den Studien hin. Die Qualität der Evidenz wurde jedoch insgesamt als niedrig eingestuft.	gegenüber Placebo beschrieben. Die berechneten Effektstärken lagen bei SMD - 0.78 [95% CI -1.45 bis -0.10] (Luo et al. sowie Takagi et al. identisch)[3, 4] bzw. SMD - 1.21 [95% CI -2.01 bis -0.42] (Chow et al., a.e. bei abweichender Analyse)[2]. Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass dieser nachgewiesene positive Effekt von Morphin ausnahmslos auf der Metaanalyse von nur zwei älteren, sehr kleinen Primärstudien (Bruera et al. 1993; Mazzocato et al. 1999)[6, 19] mit einer Gesamtpopulation von lediglich 19 Patientinnen und Patienten beruht. Die Fragilität der Evidenz wird durch das Review von Feliciano et al. [13] untermauert: Hier wurde die Studie von Mazzocato et al. aufgrund der zu geringen Probandenzahl ausgeschlossen. In der Metaanalyse der verbleibenden sechs Studien konnte in der Folge kein signifikanter Effekt für Opioide gegenüber Placebo nachgewiesen werden (SMD - 0.14 [95% CI -0.47 bis 0.18]). Die Evidenz für eine Effektivität von Morphin zur Linderung von Luftnot bei Krebspatienten ist somit stark	wurde aber mit den Placebo-kontrollierten Studie in einer Meta-Analyse zusammengefasst Alle 4 Reviews zeigen eine starke Überlappung, da sie die 7 gleichen Placebo-kontrollierten Studien eingeschlossen haben (Bruera 1993, Mazzocato 1999, Charles 2008, Hui 2014, Hui 2016, Hui 2017, Pinna 2025 [5, 6, 14-18]) (bis auf Feliciano et al. mit nur 6 dieser, da Mazzocato et al. Aufgrund einer Größe kleiner 10 ausgeschlossen wurde). Der signifikante Effekt von Morphin in Subgruppenanalysen von 3 Reviews (Luo et al., Takagi et al., Chow et al. [2-4]) besteht ausnahmslos auf Meta-Analyse von den jeweils zwei gleichen Studien (Mazzocato et al. und Bruera et al. [6, 19]), welches Morphin subkutan als Einzeldosis verwenden.			

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				von einzelnen, kleinen Studien abhängig.				
		9.4.1/165	Bei Verwendung von retardierten Opioiden scheint die Reduktion der Atemnot größer zu sein als bei schnell freisetzung Opioiden	löschen	Das zitierte Review von Eckström et al.[21] von 2015 berichtet einen signifikanten Effekt von „regular low-dose“ Morphin bei COPD-Patienten. (n=118; SMD -0.34; 95% CI, -0.58 to -0.10). Eine bessere Wirkung im Vergleich zu schnell freisetzung Opioiden wurde nicht berichtet. Eine neuere ähnliche Meta-Analyse um Ekström et al. unter Einbezug neuerer RCTs konnte diesen Effekt von retardierten/regular low-dose Opioiden in „daily life“ bei COPD nicht nachweisen (n= 788, SMD -0.10, 95% CI -0.64-0.44).[22] Bei Krebspatienten, wie oben erwähnt, beruht die Evidenz für eine Effektivität von Opioiden vor allem auf Daten zu unmittelbarer Wirkung (als schnell freisetzung Opioid).[2-4]	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		9.4 / Seite 165	„...Bei Verwendung von retardierten Opioiden scheint die Reduktion der Atemnot größer zu sein als bei schnell freisetzung Opioiden...“	„...Bei Verwendung von unretardierten Opioiden scheint die Reduktion der Atemnot größer zu sein als bei retardierten Opioiden...“	Entspricht besser der Alltagserfahrung zahlreicher palliativmedizinisch tätiger Ärzte (so kürzlich übereinstimmend im Plenum in einem Kurs „Update Palliativmedizin“ erörtert). z.B. Scottish Palliative Care Guidelines, Breathlessness.	Inh. LL-Text ganz streichen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	s. Kommentar oben

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		9.4.1./ 167	Transdermale Applikationen und langsam freisetzen Präparate sind wegen der verzögerten Elimination und eingeschränkter Möglichkeit zur Dosisanpassung nur mit erhöhter Vorsicht einzusetzen.	weglassen	Kenne dazu keine Evidenz. Buprenorphin TTS bei Niereninsuffizienz eher empfohlen. !!	Inh. Keine Änderung.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Leitliniengruppe bewertet den Hinweis im bestehenden Hintergrundtext als wichtig aufgrund der klinischen Erfahrung.
Tumorschmerz								
		10.1./ 179	„Alle Empfehlungen aus der EAPC-Publikation sind evidenzbasiert“	Modifizieren	Sehr weitreichende Behauptung.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Hiermit wird die EAPC-Publikation zitiert, die nur evidenzbasierte Empfehlungen beinhaltet, so dass mit dem Satz nur eine Tatsache beschrieben wird.
		10.1./ 179	“Neben Morphin werden Hydromorphon und Oxycodon gleichrangig empfohlen “ (in Bezug auf WHO-Guideline)	Andere Opioide einschließen	Ist nicht ganz richtig, zumindest irreführend, da die Gleichrangigkeit dort weitere Opioide einschließt, die in der AWMF-LL als eher nachrangig eingestuft sind.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Transdermale Opioide werden im Folgenden behandelt, Levomethadon ist auch in einer getrennten Empfehlung zu finden.
		10.1./ 179	Nach dem derzeitigen Kenntnisstand können Tumorschmerzen bei fast allen Patient:innen gelindert werden [771].	Umformulieren (kritischer)	“Derzeitiger Kenntnisstand“ ist „Ventafridda, V., Tamburini, M., Caraceni, A., De Conno, F., Naldi, F., A validation study of the WHO method for cancer pain relief, Cancer, 1987. 59(4): p. 850-6.“ Also 39 Jahre alt	Inh. Neue Referenz wird eingefügt: Wiffen et al: Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews . Cochrane database 2017	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		10.6.1. / 198 10.21	Bei Patient:innen mit Tumorschmerzen, die aufgrund einer unzureichenden Analgesie und/oder übermäßigen Nebenwirkungen auf ein anderes Opioid umgestellt werden, sollte die Anfangsdosierung niedriger sein als die nach publizierten Äquipotenztabellen berechnete. Die Dosis ist anhand des klinischen Ansprechens dann zu titrieren	m.E. in den Hintergrundtext als offene Diskussionsfrage	Fand in der Konsensus-LL von Davis 2025 keine Mehrheit. Practice Guideline Support Care Cancer . 2025 Mar 3;33(3):243. doi: 10.1007/s00520-025-09286-z. Opioid conversion in adults with cancer: MASCC-ASCO-AAHPM-HPNA-NICSO guideline Mellar P Davis et al Diese erhebt ja ebenfalls den Anspruch eine Art internationale Guideline zu sein. Darin steht: “Draft recommendations that did not reach consensus included . . . automatic reductions in opioid doses” M.E. gehen da etliche andere Faktoren in Überlegungen ein (Grund für die Umstellung: Nebenwirkungen oder unzureichende Wirkung, Möglichkeit der Überwachung; ambulant oder stationär, Fürsorgende Personen in der Nähe oder alleine Lebend, Ausprägung der Retardierung, Dosis, etc.).	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die wichtigsten Indikationen (unzureichende Analgesie, übermäßige Nebenwirkungen) für eine Opioidrotation sind in der Empfehlung benannt, ebenso im Hintergrundtext. Die weiteren Gründe, die in der Begründung des Kommentars aufgeführt sind, mögen im Einzelfall ein Grund sein für eine Opioidrotation, aber sind in der Regel keine Indikation für eine Opioidrotation.
		10.6.1. / 199	Umrechnungsfaktoren „Orales Morphin zu Buprenorphin TTS1 75:1 schwach“	„Orales Morphin zu Buprenorphin TTS 100(75):1 schwach“	Seit 2019 in der WHO LL ist Fentanyl TTS und Buprenorphin TTS 1:1. Müsste als WHO-Konform eher 100:1 heißen. Ergibt sich m.E. auch aus Pergolizzi et al in Pain Pract . 2010 Sep-Oct;10(5):428-50. doi: 10.1111/j.1533-2500.2010.00378.x. auch dort wird 75:1 eher als zu wenig angesehen.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Aus klinischer Erfahrung ist BU schwächer als FE. Entspricht auch Pflastergröße.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					Passt übrigens auch zu der Festlegung in 625anwendung-errtaum 286..292 „Anwendungsempfehlungen für Opioide im Sterbeprozess“ von Likar et al aus der Zeitschrift für Palliativmedizin (dort Tabelle 1)			
		10.11 / Seite 214		Zusatz: „...Dabei ist auch die Kombination verschiedenartiger Opioide, z.B. transdermales Fentanyl und unretardiertes Morphin, zu erwägen...“	Wird so im Text nicht erwähnt, ist aber gängige Praxis (insbesondere im Fall von Fentanyl TTS muss aus verschiedenen Überlegungen z.B. Kostengründe, Nebenwirkungen, Zulassungsstatus usw. nicht unbedingt transmukosales schnell wirksames Fentanyl bei Schmerzexazerbationen benutzt werden). z.B. Sloan et al, J Pain Symptom Manage, 1998 Aug;16(2) :102-11 “A Clinical Evaluation of Transdermal Therapeutic System Fentanyl for the Treatment of Cancer Pain”	Inh. Keine Änderung.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Kombination ist aufgrund des erhöhten Risikos für Nebenwirkungen durch Wechselwirkungen nicht empfehlenswert und soll deshalb auch nicht im Hintergrundtext als versteckte Empfehlung aufgeführt werden.
Fatigue								
		11.4., S. 227	In der Tabelle	Bitte die psychosozialen Interventionen um Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) ergänzen		Inh. Änderung: Änderung der Tabelle: Streichen von „Yoga“	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Abbildung nennt neben die kognitive Verhaltenstherapie auch Yoga. Jedoch ist die Evidenz für Yoga sehr begrenzt (ähnlich wie für künstl. Therapien, s. Bower at

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
								al., ASCO-LL: zu wenig Evidenz für Musik und Yoga). Deshalb wird in der Abbildung nur die kogn. Verhaltenstherapie beibehalten.
		11.5., S. 233	Im Rahmen der Sensitivitätsanalysen (Einschluss aller Patient:innen, die die Studie abgeschlossen haben) konnte allerdings keine Signifikanz mehr erreicht werden ($p = 0,07$) (SIGN LoE 1-) [1025]	Im Rahmen der Sensitivitätsanalysen (Einschluss aller Patient:innen, die die Studie abgeschlossen haben) konnte allerdings keine Signifikanz mehr erreicht werden ($p = 0,07$) (SIGN LoE 1-) [1025]. <u>Zur Stärkung der Evidenz besteht weiterer Forschungsbedarf.</u>	s.o.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Im Rahmen der LL-Arbeit besteht eine eigene Forschungsfragen-AG, die die Aufgabe hat, Forschungsfragen zu sammeln, zu bewerten und zu priorisieren. Somit müssen keine Hinweise im Hintergrundtext gesondert aufgeführt werden.
		11.6., S. 234	...während für progressive Muskelentspannung, Yoga, Reflexologie, Hirnwellengesteuerte Meditation oder Musiktherapie aufgrund unzureichender Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen wurde	während für progressive Muskelentspannung, Yoga, Reflexologie, Hirnwellengesteuerte Meditation oder Musiktherapie aufgrund unzureichender Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen wurde. <u>Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.</u>	s.o.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Im Rahmen der LL-Arbeit besteht eine eigene Forschungsfragen-AG, die die Aufgabe hat, Forschungsfragen zu sammeln, zu bewerten und zu priorisieren. Somit müssen keine Hinweise im Hintergrundtext gesondert aufgeführt werden.
		11.5/233	Dies sollte unterstützt werden durch Maßnahmen zur Energierestoration,	...angepasste und wohltuende Ernährung mit Genuss,	Groeneveld M: Fatigue. S. 179 ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch	Inh. Modifiziert übernehmen:		

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			zum Beispiel durch angemessene Planung von Ruhepausen, angemessene Ernährung , Stressvermeidung durch Medikamente oder Entspannungsverfahren oder die Teilnahme an angenehmen und genussvollen Aktivitäten.	Stressvermeidung.....Aktivitäten. Zusätzlich: Die Anpassung der Ernährung im Energiemanagement kann dazu beitragen, einen konstanten Blutzuckerspiegel zu gewährleisten und Fatigue-Symptome zu lindern. Je nach individueller Situation, kann es erforderlich sein, die Zubereitung von Mahlzeiten zu vereinfachen oder auszulagern. Hier kann eine Ernährungsfachkraft unterstützen.	Ernährung in der Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025.	„...angepasste, genussorientierte Ernährung. Sofern eating-related distress konsequent vermieden wird, s. 7.6, kann dabei auch die Aufrechterhaltung eines konstanten Blutzuckerspiegels zur Optimierung des Energiemanagements Beachtung finden.“		
Übelkeit und Erbrechen								
		13.2/276	Die Medikamentenanamnese und das Erfragen von Ernährungsgewohnheiten können weitere wichtige Informationen liefern, da bestimmte Medikamente und Ernährungsgewohnheiten ursächlich für Übelkeit und Erbrechen sein können.	...und das gezielte Erfragen von Ernährungsgewohnheiten im Rahmen einer Ernährungsanamnese können weitere wichtige Informationen liefern,		Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		13.4/284	Für das Wohlbefinden der Patient:innen gibt es verschiedene Maßnahmen, wie konsequente Mundpflege insbesondere nach Erbrechen,	Für das Wohlbefinden der Patient:innen gibt es verschiedene Maßnahmen, wie konsequente Mundpflege bzw. Mundspülung (z.B. mit Pfefferminztee) insbesondere	Bullermann-Benend M: Übelkeit (Nausea) und Erbrechen (Emesis). S. 214 ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der	Inh. Modifiziert übernehmen „Mundpflege bzw. Mundspülung “	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Keine Evidenz zu Leinsamschleim. Zudem: Cave bei Magenablaufsonden wegen Verstopfungsgefahr.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			Erbrochenes schnell entsorgen, bequeme Lagerung mit erhöhtem Oberkörper zur Vermeidung von Aspiration (bei vigilanzgeminderten Patient:innen mit Erbrechen stabile Seitenlage), Wäsche wechseln, Gesicht und Hals kalt abwaschen, Schalen/Beutel/Tücher außer Sichtweise bereitstellen, eventuell Magenablaufsonde bei häufigem Erbrechen anbieten und vieles mehr [1258].	nach Erbrechen, Erbrochenes schnell entsorgen, bequeme Lagerung mit erhöhtem Oberkörper zur Vermeidung von Aspiration (bei vigilanzgeminderten Patient:innen mit Erbrechen stabile Seitenlage), Wäsche wechseln, Gesicht und Hals kalt abwaschen, Schalen/Beutel/Tücher außer Sichtweise bereitstellen, Leinsamenschleim gegen Brennen in der Speiseröhre , eventuell Magenablaufsonde bei häufigem Erbrechen anbieten und vieles mehr	Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025.	Leinsamenschleim nicht übernehmen.		
		13.4/284	Bezüglich diätetischer Maßnahmen zeigt die Erfahrung, dass Wunschkost, fünf bis sechs kleine Mahlzeiten und appetitliche Portionen, kalte Speisen, langsames Essen und gutes Kauen, trockene und leichte Kost (z. B. Zwieback, Kartoffeln, Salzstangen), das Lutschen von Bonbons (z. B. Zitronen oder Pfefferminz) oder Eiswürfeln sowie Ingwerprodukte (z. B. Ingwertee) zur Beschwerdelinderung führen können [1258]	Bezüglich diätetischer Maßnahmen zeigt die Erfahrung, dass Wunschkost, fünf bis sechs kleine Mahlzeiten und appetitliche Portionen, kalte oder lauwarme und geruchsarme Speisen, trinken in kleinen Schlucken, langsames Essen und gutes Kauen, trockene und leichte Kost (z. B. Zwieback, Kartoffeln, Salzstangen), das Lutschen von Bonbons (z. B. Zitronen oder Pfefferminz) oder Eiswürfeln sowie Ingwerprodukte (z. B. Ingwertee) zur Beschwerdelinderung führen können	Bullermann-Benend M: Übelkeit (Nausea) und Erbrechen (Emesis). S. 214 ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025.	Inh. modifiziert übernehmen: Kurze Ergänzung im Text übernehmen („ kalte oder lauwarme und geruchsarme Speisen, trinken in kleinen Schlucken, langsames Essen “). Neuer Absatz nicht übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Keinen neuen Absatz, da zu ausführlich und Leitlinie kein ausführliches Fachbuch ist.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				Zusätzlicher Absatz: Weitere Maßnahmen sind Brühe aus Rind-/Geflügelfleisch und/oder Gemüse und Kräutern, schluckweise zur Beruhigung des Magens und Regulierung des Mineralienhaushalts, passierte Gemüsesuppen mit Sahnezusatz; Lieblingskräuter und -Gewürze, sog. warme Gewürze testen (Kardamom, Zimt, Vanille, Fenchel, Anis) cremig gekochte Haferflocken (ggf. auch Schmelzflocken) in Milch, Wasser oder Brühe süß oder herzhaft abgeschmeckt; fruchtige Kompotte; Wassereis mit Fruchtgeschmack; Butter statt Margarine, meiden fettiger oder blähender Speisen; bei Übelkeit als Folge von Hypoglykämie leicht resorbierbare Kohlenhydrate anbieten, z.B. Wackelpudding. Ernährungsfachkräfte sollten bei der individuellen Kostgestaltung einbezogen werden				
Obstipation								
		14.3/306	Den nicht-medikamentösen Verfahren ist grundsätzlich der Vorzug zu geben (siehe Abschnitt Kapitel 14.5). Allerdings hängt	Den nicht-medikamentösen Verfahren ist grundsätzlich der Vorzug zu geben (siehe Abschnitt Kapitel 14.5). Allerdings hängt dies	Bullermann-Benend M, Groeneveld M: Obstipation, Koprostase. S. 246 ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der	Inh. Modifiziert übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Ergänzung übernehmen, wobei der letzte Satz der Ergänzung umformuliert wird, um

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			dies entscheidend von den Vorlieben und Möglichkeiten des einzelnen Patient:innen ab. Eine bisher bevorzugte Ernährungsweise, die nicht den Grundsätzen einer verdauungsfördernden Ernährung entspricht, kann häufig nur eingeschränkt modifiziert werden. Hier hat der Erhalt von Lebensqualität in Form der bevorzugten Ernährungsweise Priorität.	entscheidend von den Vorlieben und Möglichkeiten des einzelnen Patient:innen ab. Eine bisher bevorzugte Ernährungsweise, die nicht den Grundsätzen einer verdauungsfördernden Ernährung entspricht, kann häufig nur eingeschränkt modifiziert werden. Hier hat der Erhalt von Lebensqualität in Form der bevorzugten Ernährungsweise Priorität. Mit gezielten und individualisierten Ernährungsinterventionen kann die Magen-Darm-Motorik angeregt werden. Sie können die pharmakologische Therapie unterstützen, Völlegefühl und Unwohlsein minimieren sowie die Lebensqualität verbessern. Ernährungsfachkräfte sollten bei der individuellen Kostgestaltung einbezogen werden.	Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025.			den Empfehlungs-Duktus („sollte“) im Hintergrundtext zu vermeiden: „Individuelle Beratung durch Ernährungsfachkräfte ist ein mögliches Unterstützungsangebot.“
		14.3/306	Eine schlackenreiche Ernährung ist an die noch mögliche Trinkmenge anzupassen, ...	Eine ballaststoff-modifizierte Ernährung ist...	Begriff „Schlacken“ ist veraltet. DGE: Ausgewählte Fragen und Antworten zu Ballaststoffen. https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/faq/ausgewaehlte-fragen-und-antworten-zu-ballaststoffen/	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		14.3/306	Blähende Speisen sind möglichst zu reduzieren.	Blähende Speisen sind möglichst zu reduzieren. Die Gabe von löslichen Ballaststoffen kann bei nicht tolerierten natürlichen Ballaststoffen versucht werden. Eine Erhöhung der natürlichen Ballaststoffzufuhr erst nach Defäkation (ggf. mit Laxans) anzustreben kann hilfreich sein. Eine Auswahl geeigneter Zubereitungsmethoden sollte den Patient:innen dargelegt werden. Ernährungsfachkräfte sollten bei der individuellen Kostgestaltung einbezogen werden.	S2k-Leitlinie chronische Obstipation 2021; Andresen, Becker et al.; Empfehlung 4-4b2, leicht modifiziert Bullermann-Benend M, Groeneveld M: Obstipation, Koprostase. S. 246 ff in: Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025	Inh. Modifiziert übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Letzter Satz der Ergänzung wird umformuliert, um Empfehlungs-Duktus im Hintergrundtext zu vermeiden: „Individuelle Beratung durch Ernährungsfachkräfte ist ein mögliches Unterstützungsangebot.“
		14.4.2	Naldemedin ist noch nicht auf dem deutschen Markt verfügbar (Stand 07.2019).	Naldemedin ist seit Mai 2020 auf dem deutschen Markt verfügbar.	https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimitteltherapie/AVP/vorab/20200622-Naldemedin.pdf https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_1219265.jsp	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		14.5/315	In der Regel wird empfohlen, dass die Kost bei Obstipation mäßig ballaststoffreich sein sollte und auf eine ausreichende	... zu achten sei. Verschiedene Maßnahmen unterstützen ein optimales Trinkverhalten: z.B. ein Tagesstart mit einem Getränk, Timer zum Trinken	Bullermann-Benend M, Groeneveld M: Obstipation, Koprostase. S. 246 ff in: Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der	Inh. Modifiziert übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Letzter Satz der Ergänzung wird umformuliert, um Empfehlungs-Duktus im Hintergrundtext zu vermeiden:

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			Trinkmenge von 1,5-2 l pro Tag zu achten sei.	einsetzen und Trinkmodalitäten variieren. Ein abwechslungsreiches Angebot an Getränken bereit halten, z.B. infused water, Tee- und Kaffeezubereitungen, Kraftbrühen. Die Auswahl nach individuellen Vorlieben kann über den Genuss- Zugewinn auch die Lebensqualität erhöhen. Ernährungsfachkräfte sollten bei der individuellen Kostgestaltung einbezogen werden.	Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025			„Individuelle Beratung durch Ernährungsfachkräfte ist ein mögliches Unterstützungsangeb ot.“
MIO								
		15.3.4/32 5	Viele Patient:innen nehmen das Erbrechen nach Nahrungsaufnahme in Kauf, da sie auf den Genuss des Essens nicht verzichten wollen. Gutes Kauen oder passierte Kost (auch in Form von Babynahrung) sowie häufiger kleine Mengen sind hilfreich. Viele Patient:innen bevorzugen Eis (v.a. säuerliches, Sorbet), säuerliche Speisen oder auch Suppen.	... verzichten wollen. Eine flüssige bis weiche, faserarme oder passierte Kost (auch in Form von Babynahrung) sowie häufige kleine Mahlzeiten sind hilfreich. Viele Patient:innen bevorzugen Eis (v.a. säuerliches, Sorbets), säuerliche Speise oder auch Suppen. Ernährungsfachkräfte sollten einbezogen werden.	Götte S: Intestinale Tumorobstruktion. S. 303 in: Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin.	Inh. Modifiziert übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Letzter Satz der Ergänzung wird umformuliert, um Empfehlungs-Duktus im Hintergrundtext zu vermeiden: „Individuelle Beratung durch Ernährungsfachkräfte ist ein mögliches Unterstützungsangeb ot.“
Maligne Wunden								

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentiente Entscheidung	Begründung der Entscheidung
		16.2 / Seite 351		Im Kapitel sollte deutlicher hervorgehoben werden, wie bedeutsam das Erarbeiten eines gemeinsamen Ziels im Hinblick auf die Wundbehandlung ist; denn bei Weitem nicht alles, was im Wundassessment als behandelbar aufgedeckt wird, muss – im Gegensatz zum kurativen Ansatz – auch behandelt werden.		Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Aus Sicht der Leitliniengruppe ist das formulierte Anliegen gut umgesetzt.
		16.4, S. 390	„Die homöopathischen Tropfen Trillium®S haben laut Praxiserfahrungen eine blutstillende Wirkung. Die in der Praxis regelmäßig beobachtete, gute klinische Wirkung bei Blutungen könnte der vergleichsweise hohe Anhalt der adstringierenden Inhaltsstoffe von Hamamelis und Trillium sein.“	Ggf. Evidenz/Literatur bei nächstem Update ergänzen, falls vorhanden	-	Inh. Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Streichung des Absatzes zu Trillium, da es keine Evidenz gibt und wir keine versteckten Empfehlungen im Hintergrundtext angeben wollen.
Angst								
		17.5/419	Dies sind im Folgenden: Sozialarbeiter:innen/Sozialpädagog:innen, Psycholog:innen und Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, künstlerische	..., Logopäd:innen und Ernährungsfachkräfte.	Der Begriff Ernährungsberater:in ist nicht geschützt. KBV: Praxiswissen Ernährung. Möglichkeiten der Beratung und Therapie. Tipps für die Praxis und Beispiele. S. 5 https://www.kbv.de/documents/inf	Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			Therapeut:innen (Kunst-, Musiktherapeuten u.a.), Atemtherapeut:innen, Logopäd:innen und Ernährungsberater:innen.		othek/publikationen/praxiswissen/ praxiswissen-ernaehrung.pdf			
		17.5/423	Ernährungstherapeutische Interventionen: Unterstützung zur angepassten angemessenen und hilfreichen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme je nach Problemsituation, Bedürfnis und Therapieziel.	Die Ernährungstherapie ist eine Ernährungsintervention mit klarer therapeutischer Ausrichtung. Ernährungstherapeutische Interventionen sind individualisierte, definierte und gezielte Ernährungsmaßnahmen mithilfe herkömmlicher oder künstlicher Ernährung.	Valentini L, Volkert D, Schütz T et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) DGEM-Terminologie in der Klinischen Ernährung https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/Terminologie.pdf	Inh. Modifiziert übernehmen: „Ernährungstherapeutische Interventionen: Individualisierte und zielgerichtete Maßnahmen zur Unterstützung einer bedarf- und bedürfnisgerechten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unter Einsatz herkömmlicher oder künstlicher Ernährung, angepasst an die jeweilige Problemsituation und das Therapieziel.“	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
Depression								
		18.6., S. 459	Durch Unterstützung des emotionalen und spirituellen Ausdrucks sowie der Förderung von Entspannung, Schmerzlinderung und des Wohlbefindens profitieren Patient:innen mit einer Krebserkrankung von diesen Interventionen. Es	Durch Unterstützung des emotionalen und spirituellen Ausdrucks sowie der Förderung von Entspannung, Schmerzlinderung und des Wohlbefindens profitieren Patient:innen mit einer Krebserkrankung von diesen Interventionen. Es gibt Hinweise, dass Kunsttherapie	s.o.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Im Rahmen der LL-Arbeit besteht eine eigene Forschungsfragen-AG, die die Aufgabe hat, Forschungsfragen zu sammeln, zu bewerten und zu priorisieren. Somit müssen keine Hinweise im

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
			gibt Hinweise, dass Kunsttherapie depressive Symptome reduziert [1842]. Musiktherapie ist auch verbunden mit Verbesserungen der Stimmung [1843], [1837]	depressive Symptome reduziert [1842]. Musiktherapie ist auch verbunden mit Verbesserungen der Stimmung [1843], [1837]. <u>Zur Stärkung der Evidenz Künstlerischer Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) besteht weiterer Forschungsbedarf.</u>				Hintergrundtext gesondert aufgeführt werden.
Spiritualität								
		19.4., S. 479	Für sie ist die wissenschaftliche Evidenz zumeist gering und beruht häufig auf Beobachtungs- und Erfahrungsberichten. Lediglich für die Musiktherapie existiert ein systematisches Review, in dem signifikant positive Effekte auf das spirituelle Wohlbefinden beschrieben werden [1910].	Für sie ist die wissenschaftliche Evidenz zumeist gering und beruht häufig auf Beobachtungs- und Erfahrungsberichten. Lediglich für die Musiktherapie existiert ein systematisches Review, in dem signifikant positive Effekte auf das spirituelle Wohlbefinden beschrieben werden [1910]. <u>Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.</u>	Der Forschungsbedarf besteht in hohem Maße, um die vielfältigen Wirkweisen der Künstlerischen Therapien aus der klinischen Praxis zunehmend auch in hochwertigen Studien abzubilden.	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Im Rahmen der LL-Arbeit besteht eine eigene Forschungsfragen-AG, die die Aufgabe hat, Forschungsfragen zu sammeln, zu bewerten und zu priorisieren. Somit müssen keine Hinweise im Hintergrundtext gesondert aufgeführt werden.
		19/469	„Auch wenn Cicely Saunders (...) verstand, gelang ihr (...) Existenz.“	„Cicely Saunders verstand Spiritualität (...) als Geistbegabung. Von da aus gelang ihr (...) Existenz.“	Der Entwurfstext suggeriert, C. Saunders „gelang die Öffnung von Spiritualität“ trotz („auch wenn“) ihrer spirit. Verwurzelung im Christentum, als wäre diese relig. Verwurzelung zunächst und zumeist ein Hinderungsgrund. Zutreffend ist unserer Meinung nach, dass eine reflektierte (!) relig. Verwurzelung gerade der	Inh. Modifiziert übernehmen: „Weil Cicely Saunders Spiritualität auf Grund ihrer persönlichen Verwurzelung im christlichen Glauben als Geistbegabung verstand, ...“	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Es entspricht heute dem Selbstverständnis der christlichen Kirchen, dass eine religiöse Verwurzelung die spirituelle Öffnung gegenüber anderen Weltanschauungen ermöglicht.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierte Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					Ermöglichungsgrund spiritueller Öffnung ist „von da aus“. Lit.: L Chilian: Watch with me. Zum Konzept des Aushaltens in Spiritual Care. In: Wege zum Menschen (2020), 408-419, insb. 417f.			
		19/470	„Auch wenn die Bewusstmachung (...) wünschenswert ist, so“	„Die Bewusstmachung (...) ist notwendig, damit“	Die Öffnung der eigenen Spiritualität (Bsp. C. Saunders) erfordert zwingend deren Reflexion. Sonst bleibt die eigene Religiosität oder Weltanschauung unaufgeklärt. Vgl. die gelungenere Formulierung im Entwurfstext S. 480: Es „bedarf (...) der kritischen Selbstreflexion der Mitarbeitenden“.	Inh. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		19/470f	„so muss der Spiritualität (...) mit einer religiös und weltanschaulich neutralen Haltung begegnet werden.“	„damit der Spiritualität (...) mit einer unvoreingenommen offenen Haltung begegnet werden kann.“	Die Annahme einer „neutralen“ Haltung ist zwar Alltagssprachlich gängig, aber spätestens seit der Aufklärung (I. Kant) erkenntnistheoretisch widerlegt. Es gibt keinen „point of nowhere“. Diese Annahme ist hermeneutisch nicht haltbar. (Kann man sich z.B. den Sprachen dieser Welt gegenüber sprachlich 'neutral' nähern?) Lit. klassisch: I Kant; M Heidegger; H-G Gadamer; G Figal Lit. neuerdings: O Ibrahim: Spiritual Care - Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Philosophische Perspektiven zum Selbstverständnis	Inh. Modifiziert übernehmen: „damit der Spiritualität (...) mit einer religiös und weltanschaulich offenen Haltung begegnet werden kann.“	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Der Bezug zur religiös und weltanschaulich sollte schon hergestellt werden, ansonsten ist offen sicher die bessere Bezeichnung als neutral

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
					einer Disziplin. Stuttgart (Kohlhammer), 2025.			
		19.2 / S. 472, Tabelle 62	Was für eine Person am wichtigsten ist, das Verhältnis zur eigenen Person, Familie, Freunde, Beruf, Materielles, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral, um Leben als solchem.	... Freunde, Arbeit , Materielles, Natur, Kunst und Kultur, Ethik und Moral, das Leben als solches.	Beruf → Arbeit: das englische Original „work“ sollte mit Arbeit übersetzt werden, weil mit work/Arbeit, auch im Kontext von Spiritualität, mehr gemeint ist als berufliche Arbeit um Leben als solchem → das Leben als solches: grammatikalische Korrektur ohne Änderung des Inhaltes, da der Satzteil ohne Erweiterung keinen Sinn macht	Red Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		19.4/480	Tabelle 67 Biographiearbeit (Lebensgeschichteerzählun- gen)	Biographiearbeit (Lebensgeschichteerzählun- gen inkl. Essbiographie)	DGP Sektion Ernährung: Essbiografie https://www.dgpalliativmedizin.de/ images/RZ_241211_Handreichung. pdf	Inh Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Bestimmt können auch Essensvorlieben ein Aspekt einer Lebensgeschichte sein, jedoch in der Regel umfasst dieses Thema nur einen sehr kleinen Anteil und viele andere Aspekte (z.B. Beziehungen, Beruf) – die dann hier auch aufgeführt werden müssten – in der Regel einen deutlich größeren Anteil haben. Der Vorschlag würde zu einer unangemessenen Verzerrung und Fokusverschiebung führen.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
Todeswünsche								
		20.4.5/51 1	Besondere Maßnahmen	Ergänzen FVET: Arbeitsdefinition der DGP: Beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) entschließt sich eine entscheidungsfähige Person aufgrund unerträglichen anhaltenden Leidens freiwillig und bewusst, auf Essen und Trinken zu verzichten, um den Tod frühzeitig herbeizuführen.	Radbruch L, Münch U, Maier BO et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, 2019	Inh. Modifiziert übernehmen Im Hintergrundtext wird ein Hinweis auf die Handreichung der DGP eingefügt.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
		20.4/513	Tabelle 70	Begriff Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) erläutern mit Verweis auf Definition der DGP sowie Handreichung der DGP Sektion Ernährung	DGP Sektion Ernährung: Zur Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET). Handreichung der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/RZ_250402_Broschüre_FVET_online.pdf	Inh. Modifiziert übernehmen Im Hintergrundtext wird ein Hinweis auf die Handreichung der DGP eingefügt.	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	
Sterbephase								
		21.5.2/ 545	Solange die Patient:in oral noch Ernährung oder Flüssigkeit zu sich nehmen kann, sollten angemessene Angebote gemacht werden (kleine Mengen, Zeit zum Essen, nach Vorlieben und Geschmack).	nach Vorlieben und Geschmack). Zusätzlicher Absatz: Auch nach Beendigung der therapeutischen Ernährung sollten einem prä-terminalen oder sterbenden Patienten weiterhin regelmäßig	Leitlinienprogramm Onkologie Klinische Ernährung in der Onkologie Langversion 1.0 Januar 2026, S. 104	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Die Leitliniengruppe sieht das Anliegen des Kommentators ausreichend im aktuellen Leitlinientext berücksichtigt.

Nr.	ID	Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Konsentierende Entscheidung	Begründung der Entscheidung
				individuelle Genusserfahrungen (z.B. über das Sehen, Riechen, Schmecken oder im Rahmen von Mundpflege) angeboten und nach Patientenwunsch ermöglicht werden.				
		21.5.2/ 546	Da Sterbende und vor allem Angehörige eine künstliche Flüssigkeits- und Nahrungs-zufuhr häufig positiv bewerten und – im Kontrast zur palliativmedizinischen Erfahrung und Evidenz – mit der Hoffnung auf ein würdevolles Lebensende und eine Verbesserung von Symptomen verbinden, ist eine sensible Kommunikation mit ausreichender Aufklärung und Informationsvermittlung in der Entscheidungsfindung notwendig [	Aufklärung und Informationsvermittlung in der Entscheidungsfindung notwendig. Eine frühzeitige Etablierung der Betreuung durch eine Ernährungsfachkraft trägt zur Informationsvermittlung und Entscheidungsfindung bei.	Bischoff SC, Arends J, Decker- Baumann C et al. S3-Leitlinie Heimenterale und heimparenterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Aktual Ernährungsmed 2024 ; 49 : 73 – 155 Rolker S: Enterale Ernährung. S. 134ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025 Rolker S: Parenterale Ernährung. S. 143ff in. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Rolker S et al.: Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin. Elsevier GmbH, 2025	Inh. Keine Änderung	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	Hier geht es um die Indikation einer medizinischen Maßnahme (parenterale Flüssigkeits- /Nahrungsgabe) und die manchmal herausfordernde Kommunikation z.B. mit besorgten Angehörigen, wenn die Indikation nicht mehr gegeben ist.
		Referenz 755		Referenz durch die Aktuelle LL zur Langzeit- Sauerstofftherapie (2020) ersetzen		Red. Übernehmen	Wie Vorschlag zum Umgang mit Kommentar	

9. Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Deutsche Krebshilfe stellte über das Leitlinienprogramm Onkologie die finanziellen Mittel zur Verfügung. Diese Mittel wurden für Personalkosten, Büromaterial, Literaturbeschaffung und die Durchführung der Konsensuskonferenzen eingesetzt. Die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation. Alle Mitglieder der Leitliniengruppe arbeiteten ehrenamtlich ohne Vergütung.

Zur Identifizierung von Interessenkonflikten (IK) wurden von allen an der Leitlinienentwicklung Beteiligten (Mandatstragende und deren Stellvertretung, Methodiker*innen, Mitglieder der Steuergruppe etc.) über das AWMF-Portal eine Interessenerklärung (IE) angefordert. Die Erklärung sowohl direkter finanzieller als auch indirekter Interessen war für alle Beteiligten verpflichtend. Die Aufforderung zur Erklärung der Interessen erfolgte, sobald die Teilnahme am Leitlinienprojekt bestätigt wurde. Die Aktualisierung der IE erfolgte nach ca. einem Jahr, spätestens vor den jeweiligen Konsensuskonferenzen. Die Abgabe einer IE war verpflichtend, um in der Konsensuskonferenz abstimmen zu können. Falls ein Mitglied der Leitliniengruppe auch nach mehrmaliger Aufforderung seine IE nicht abgegeben hatte, wurde derjenige für den weiteren Leitlinienprozess nicht mehr berücksichtigt und das Mandat wurde entzogen.

In der IE waren alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der Erklärende selbst darin einen thematischen Bezug zur Leitlinie oder einen Interessenskonflikt sieht oder nicht. Ob Interessenkonflikte bestehen und ob dadurch die erforderliche Neutralität für die Mitarbeit bei der Leitlinienentwicklung in Frage gestellt ist oder in welchen speziellen Bereichen/Fragestellungen der Leitlinie das professionelle Urteilsvermögen eines Experten durch sekundäre Interessen beeinflusst sein könnte, wurde durch Dritte bewertet. Die Erklärung betraf Interessen innerhalb des laufenden Jahres sowie der zurückliegenden 3 Jahre.

Die Bewertung der Interessenerklärungen sowie der Umgang mit Interessenkonflikten orientierte sich an den Empfehlungen der AWMF (siehe Tabelle 5).

Die Bewertung der offengelegten Interessen erfolgte durch eine Arbeitsgruppe (AG IK-Management), die aus den folgenden Personen bestand:

- Prof. Steffen Simon
- Dr. Sukhvir Kaur
- Dr. Alinda Reimer

Es wurde sichergestellt, dass die Mitglieder AG IK-Management keine Selbstbewertungen durchführten, sondern die Beurteilung der eigenen IE jeweils von einem anderen Mitglied erfolgte.

Vor jeder einer Konsensuskonferenz und Online-Vorabstimmung wurden Mandatstragende durch die AG IK-Management informiert, wenn sie sich aufgrund von IK bei Abstimmungen enthalten müssen.

Tabelle 5. Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement gemäß Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien

Ausprägung Interessenkonflikt	Umstände für diese Kategorie	Konsequenz
Kein		
Gering*	Einzelne Vorträge finanziert von der Industrie	Limitierung der Leitungsfunktion insgesamt (Koordination, ggf. Peer) oder für die thematisch befasste AG (Leitung, ggf. Peer)
Moderat*	Tätigkeit in einem industrie-finanzierten Advisory Board/Wiss. Beirat/als Gutachter; Managementverantwortung industrie-finanzierte Studie(n); Federführung bei Fort-/Weiterbildung mit direkter Industrie-finanzierung; Regelmäßige Vortragstätigkeit für best. Firmen Aktienbesitz einzelner Firmen	Limitierung der Leitungsfunktion (s.o.) + Enthaltung bei den Abstimmungen - Umsetzung im OL: getrennte, elektronische Abstimmung (Erfassung eines Gesamtvotums und eines Votums der Personen ohne Interessenkonflikte, wobei letzteres ausschlaggebend ist)
hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Limitierung der Leitungsfunktion (s.o.) + Abwesenheit bei den Abstimmungen + Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen
* Persönliche Honorare oder institutionelle Honorare, wenn eine Entscheidungsverantwortung vorliegt		

10. Anlagen

10.1. Ergebnisse der Bewertung von Interessenkonflikterklärungen

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenzen umgesetzt wurden.

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Alt-Epping, Bernd	Nein	BMS	Nein	BMS	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug zur Leitlinie mit den Medikamenten von BMS. COI: keine: keine
Dr. Arends, Jann	Danone, Baxter	Nein	Baxter, Fresenius Kabi, Nestle, Danone, B. Braun	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGEM-Vertreter in DKG-S3-Leitlinie "Supportivtherapie", Mitglied: DGEM-Vertreter in der S3-Leitlinie Magenkarzinom, Mitglied: DGHO-Vertreter in der S3-Leitlinie Ernährung in der Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mangelernährung bei Tumorpatienten, Klinische Tätigkeit: Tumorkachexie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ernährungsmedizin in der	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Onkologie, Jährlicher multiprofessioneller Fortbildungskurs in Freiburg	
Prof. Dr. Bausewein, Claudia	Nein	Nein	diverse Vorträge für Krankenhäuser , Vereine, nicht pharmazeutische Industrie	Nein	Universitätsklinikum Köln, Universität Göttingen Helmholtz Zentrum München IBE München, King's College London, Nein, Uni Erlangen Uni Halle, Nein, Nein, Nein	Nein	Mitglied: Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Co-Koordinatorin S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Betreuung von Patienten mit Atemnot aufgrund fortgeschrittener Erkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Komplexität und Outcome Messung in der Palliativversorgung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativversorgung in Pandemiezeiten, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gezielte Sedierung am Lebensende, Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzneimitteltherapie in	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							der Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Palliativversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung der Christophorus Akademie für Palliativmedizin an der Klinik für Palliativmedizin LMU Klinikum München	
Prof. Dr. Becker, Gerhild	AWMF, axunio Pharma GmbH Van-der-Smissen-Str. 1 22767 Hamburg	Nein	verschiedene Auftraggeber (Industrienaufgeber sind gesondert gelistet), Wissenschaftliche Leitung Kurse Ärztekammer zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Publikationsliste kann auf Wunsch gerne zugeschickt werden. Die meisten Publikationen beziehen sich auf Palliativmedizin. Siehe auch unter Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten,	Nein, Deutsche Krebshilfe DKH, Mittel des Landes BaWü aus dem Europ. Sozialfond im Rahmen des REACT-EU, E1.1.3 via KTBW Med. Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg	Nein	Mitglied: Mitglied im Programmbeirat Forschung an Fachhochschulen, BMBF, Mitglied: Sprecherin des Kompetenzzentrums Palliative Care BaWü (KOMPACT), Mitglied: Vorsitzende des Landesbeirates Palliativversorgung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie, Frauen und Senioren BaWü, Mitglied: Kuratorium der Dr. Wilhelm-Eitel Stiftung für Palliativmedizin, Mitglied: Sprecherin der Arbeitsgruppe Obstipation für die S3-Leitlinie Palliativmedizin im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
				Publikatione n			wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften, Mitglied: Sprecherin der Arbeitsgruppe Palliativmedizin in der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzenren und Onkologischen Schwerpunkte (ATO) in BaWü, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationsliste kann auf Wunsch gerne zugeschickt werden. Die meisten Publikationen beziehen sich auf Palliativmedizin. Aufgelistet werden nachfolgend Publikationen, welche das Thema Obstipation behandeln, Wissenschaftliche Tätigkeit: Konsensus-Empfehlung zum Management der Opioid-induzierten Obstipation (OIC). Praxis-Report 2017;9(11):1-11 (Storr M., Wirz S., Becker G., Gottschling S., Andresen V., Schutter U., Wissenschaftliche Tätigkeit: Obstipation bei Patienten mit nicht-heilbarer Krebserkrankung [Constipation in	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Patients with Incurable Cancer – Recommendations of the German S3 Guideline 'Palliative Medicine']. Dtsch Med Wochenschr 2016;141(16):1177–81. Doi:10.1055/s-0043-100769 (Wirz S., Simon S., Frieling T., Bausewein C., Voltz R., Pralong A., Mönig S., Follmann M., Holtmann M., Becker G.), Wissenschaftliche Tätigkeit: Methylnaltrexone for opioid-induced constipation: review and meta- analyses for objective plus subjective efficacy and safety outcomes. Ther Clin Risk Manag. 2016;12:401-12 (Siemens W., Becker G.), Klinische Tätigkeit: Innere Medizin und Palliativmedizin , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Studiengangsleitung des Masterstudiengangs "Palliative Care Online" der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs- Universität Freiburg, Beteiligung	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftliche Leitung des Basiskurs Palliativmedizin sowie der Fallseminare 1+2 Palliativmedizin der Ärztekammer Südbaden zum Erwerb der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für Ärztinnen und Ärzte, Persönliche Beziehung: -	
Dr. med. Behlendorf, Timo	Nein	Beigene Med.: Zanubrutinib/Brukina , Janssen, Med.: Darzalex/Daratumumab, Ibrutinib	Amgen Med.: Denosumab/Xgeva , BMS Med.: Pembrolizumab/Keytruda, Esteve Med.: Netupitant+Palonosetron/Akynzeo	Nein	Nein	Amgen, BMS, Gilead, Tilray, Biontech, Johnson	Mitglied: Leitungsgremium AG Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AG der DKG)	COI: keine: keine
Dr. Benze, Gesine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGP-Mitglied; AG-Leitung S3-Leitlinien Palliativmedizin (Kapitel Übelkeit/Erbrechen) bis 2019, Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							DGVS-Mitglied, Klinische Tätigkeit: DGIM-Mitglied	
Bernhardt, Florian	Nein	Nein	LEBEN UND TOD	Nein	Schoberstiftung, EFRE, Universität Münster	Nein	Mitglied: Sprecher Junge Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin und (Hämato-)Onkologie, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin und (Hämato-)Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Summer School der Jungen DGP	Kein Themenbezug COI: keine: keine
Dr Bock, Felix	Nein	Nein	Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Grünenthal Meds, Kyowa Kirin, Novartis, Janssen, LAGUS MV	Nein	Universität Kiel	Nein	Mitglied: DEGRO e.V. Fachgesellschaft für die Strahlentherapie, normales Mitglied, Mandatsträger, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Mitglied, Mitglied: DGfC e.V. Verband für Coaches, Mitglied, Mitglied: Trauerlotsen e.V., Vorstandsvorsitzender, Mitglied: Ökumenischer ambulanter Hospizdienst Rostock, Sterbegleiter, Wissenschaftliche Tätigkeit: Lungenkarzinom,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							zirkulierende Tumor-DNA und Rektumkarzinom, Klinische Tätigkeit: Patientenversorgung Strahlentherapie, ambulanter Bereich, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Lehre an der Universitätsmedizin Rostock	
PD Dr. Boehlke, Christopher	Nein	Nein	Akademie für ärztliche Weiterbildung der Bezirksärztekammer Südbaden, Master Palliative Care, Universität Freiburg, CAS Pharmazie, Universität Basel, Ortenau Klinik Offenburg	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Palliativmedizin (palliativ.ch), Mitglied: Mitglied der Ärztesgesellschaft für Psycholytische Therapie (SAEPT), Wissenschaftliche Tätigkeit: Screening Palliative Care Bedarf, Wissenschaftliche Tätigkeit: Cochrane Systematic Reviews (verschiedene Themenschwerpunkte), Klinische Tätigkeit: Klinik für Palliativmedizin, Universität Freiburg, Klinische Tätigkeit: Palliative Care, Universität Basel, Schweiz, Klinische Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Palliativzentrum Basel, Schweiz	
Dr. Bontscho, Julia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Klinische Tätigkeit: Palliative care, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Multiprofessioneller Kurs Palliativmedizin	COI: keine: keine
Dr. Borchert, Kersten	Nein	Amgen, EusaPharm, Janssen-Cilag GmbH, Merck Serono, Novartis Pharma, GSK Pharma, Incyte GmbH, PierreFabre, Roche Pharma GmbH, Servier Pharma, Pfizer, Sanofi Aventis, Takeda Pharma	Celgene, Janssen Cilag, Merck Serono, Novartis Pharma, Roche Pharma, Servier	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin: IT-Officer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gastrointestinale Tumore, Klinische Tätigkeit: rehabilitative Medizin hämatologischer und onkologischer sowie pulmologischer Erkrankungen; Ernährungsmedizin	Keine
Dr. Braun, Eva-Marie	Nein	Helixor	Kurs Integrative Medizin der AGO als Organisatorin und Referentin, ohne Bezug zur	Nicht im Bezug zur Leitlinie	Nicht im Bezug zur Leitlinie	Nein	Mitglied: AGO Kommission Imed Mitglied, seit 2022 im Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: Fortgeschrittene Tumorerkrankungen, Integrative Medizin, Supportivtherapie, Schmerztherapie, Klinische Tätigkeit: Konservative Onkologie, Fortgeschrittene	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Palliativmedizin Kurs der AGO als Referentin, ohne Bezug zur Palliativmedizin Vortragstätigkeiten auf Kongressen der Onkologie und Gynäkologie ohne Bezug zur Palliativmedizin				Tumorerkrankungen, Integrative Medizin, Supportivtherapie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kurs Integrative Medizin AGO Imed (Kursleitungsteam) Kurs AGO Gynäkologische Onkologie (Referentin), Persönliche Beziehung: Nein	
Prof. Dr. Büntzel, Jens	Nein	Nein	Merck Serono, MSD, BMS, biosyn	Nein	BMS	Nein	Mitglied: DGHNO, DGP, DKG, MASCC, Wissenschaftliche Tätigkeit: Komplementärmedizin, Palliativmedizin, Supportivmedizin, Klinische Tätigkeit: s.o.	COI: keine: keine
Denhof, Michaela	Nein	Nein	DGF e.V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF), Mitglied: Landesbeauftragte für das Bundesland Nordrhein-Westfalen der DGF, Mitglied: Sprecherin der AG Ethik in der DGF, Mitglied: stellvertretende Landesbeauftragte für das Bundesland Nordrhein-Westfalen der DGF, Wissenschaftliche Tätigkeit: Bachelor-Thesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“ im Studiengang Pflegepädagogik mit dem Titel Rationierung pflegerischer Interventionen sichtbar machen Fragestellung: Welcher pflegeethische Entscheidungsfindungsprozess liegt „Missed Nursing Care“ zugrunde? , Klinische Tätigkeit: Intensivpflege und Anästhesie in den Bereichen Traumatologie,	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Kardio- und Allgemeinchirurgie, sowie Gefäßchirurgie, Klinische Tätigkeit: Praxisanleiterin für den Bereich der operativen Intensivstation des UKD als Mitarbeiterin des BUG, Klinische Tätigkeit: Mitglied im klinischen Ethikkomitee, Klinische Tätigkeit: Mitglied in der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	
Dr. Doll, Axel	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Mitglied) Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft , Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (AG Bildung Mitglied) (S3-Leitlinie Palliativmedizin, AG Sprecher AG „Wundpflege“), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Sektionsmitglied Beratung	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Information Schulung), Wissenschaftliche Tätigkeit: Beratung Und Patientenedukation in der ambulanten Palliativversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Seminare zum Umgang mit Todeswünschen	
PD Dr. med. Dräger, Désirée Louise	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGU, PSO, DKG, DPG, UroEvidence, GeSRu, SIOG, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychoonkologie, Uroonkologie, supportive Medizin, Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: konservative und operative Uroonkologie	COI: keine: keine
Dr. med. Eggardt, Johanna	Nein	Nein	Nein	Nein	Stiftung Charité Veranstaltungsförde rung	Nein	Mitglied: DGIIN Sektion Palliativmedizin - Sprecherin, Mitglied: DIVI Sektion Ethik - Mitglied, Klinische Tätigkeit: Abteilungsinterne Arbeitsgruppe zum Thema Palliativmedizin - Sprecherin	COI: keine: keine
Eilts-Köchling, Katrin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Gesundheitsnetzwerk Lübeck und Umgebung e.V. Mitglied des Vorstands	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Ziel des Vereins ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Zusammenarbeit sämtlicher an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Lübeck und Umgebung Beteiligten, Wissenschaftliche Tätigkeit: Beteiligung bei der Formulierung der Kurzform der Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen, Persönliche Beziehung: Joachim Köchling, Ehemann, Kinderarzt in Niederlassung	
Elisabeth, Krull	Nein	Nein	mit verschiedenen Schulungsanbietern von Palliative Care Kursen (Christophorus Akademie	DGP	Nein	Nein	Mitglied: DGP ACP Deutschland	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			München, Hospizakadem ie Nürnberg, Hospiz- und Palliativnetzwe rk Rosenheim, goldener bildungsweg Eching am Ammersee, Ilse Kubaschewski Stiftung - Palliative Care Netzwerk LK Starnberg					
Engeser, Peter	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin in der Hausarztpraxis, Klinische Tätigkeit: Hausarztpraxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Palliativakademie Mannheim	COI: keine: keine
Prof. Dr. Fegg,	Nein	Nein	Medkom	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Martin			Akademie München					
Prof. Dr. Frickhofen, Norbert	Streamedup, Wiesbaden	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Keine indirekten Interessen	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Frohnhofen, Helmut	Fa. Heel, Fa. Amgen	entfällt	Fa. Amgen, Fa. BMS, Fa. Jazz-Pharma, Fa. Grünenthal, Fa. Pfizer, Fa. Dr. Pflieger, Idorsia, Heel GmbH, Henning GmbH	entfällt	entfällt, Nein	Bayer	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie Vorsitzender der Sektion II, Präsidiumsmitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) VS Mitglied 2014-2020, Mitglied: Mitglied des Kuratoriums der Paul-Kuth-Stiftung, Wuppertal, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schlafstörungen im Alter, Lungenerkrankungen im Alter, Assessment in der Geriatrie, Delir im, Alter, Klinische Tätigkeit: Patientenversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: entfällt, Persönliche Beziehung: entfällt	Alle Tätigkeiten sind abgeschlossen und außerhalb der LL-Erstellungszeit. COI: keine: keine
Dr. med.	Gutachter beim	Nein	pharma-	Nein	Nein	Nein, Mitglied in	Mitglied: keine Mitgliedschaft in	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Fuchs, Stephan	Medizinischen Dienst Berlin- Brandenburg für §12 SGB V		unabhängigen Fortbildungsin stituten/Einric htungen			der Fachgesellschaft DEGAM; sowie Deutscher Hausärzteverband, Mezis	Interessensverbänden i.Bezug auf das Leitlinienthema Mitglied in der Fachgesellschaft DEGAM; sowie Deutscher Hausärzteverband, Mezis, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Tätigkeit mit den Teilbereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Suchtmedizin, Außerklinische Intensivpflege	
Prof.Dr. Gärtner, Jan	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: Keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	COI: keine: keine
Haase, Heidemarie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Hampl, Jürgen	Nein	Baxter AG	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Themenbezug durch Baxter COI: keine: keine
Prof. Dr. Harges, Jendrik	Nein	Nein	Ortho Trauma Update	Nein	Implantcast	Nein	Mitglied: AG Knochentumoren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Chirurgie von Knochen- und Weichteiltumoren,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tumorendoprothetik, biologische Rekonstruktionen, Klinische Tätigkeit: Chirurgie von Knochen- und Weichteiltumoren, Tumorendoprothetik, biologische Rekonstruktionen	
PD Dr. med. Heigener, David	Nein	Amgen, , Astra Zeneca, BMS, Janssen, MSD, NOvartis, Pfizer, Takeda	Astra Zeneca, BMS, MSD, Pfizer, Takeda	Nein	Beigene	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: European Society for Medical Oncology, Mitglied: American Society of Clinical Oncology, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft der Internistischen Onkologen in der Deutschen Krebsgesellschaft	Kein Themenbezug zur Leitlinie durch die genannten Firmen/medikamente. COI: keine: keine
Dr. rer. med., Dipl.-Psych. Hentschel, Leopold	Nein	Nein	Dresden International University; Carus Akademie; Curriculum Psychoonkologie Hannover; Tumorzentrum	Nein	Stiftung Hochschulmedizin	Nein	Mitglied: Mitglied AG PERSPEKTIVE (Nachwuchsgruppe) sowie AG "Umgang mit Todeswünschen und Suizidalität in der Onkologie" der PSO in der DKG, Wissenschaftliche Tätigkeit: PRO, QoL, sarcoma care, wish to hasten death; Suizidprävention, Klinische Tätigkeit: stationäre	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Dresden				spezialisierte Palliativversorgung; psychoonkologische Versorgung Sarkompatient*innen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	
Dr. Heußner, Pia	Nein	Bayerische Krebsgesellschaft, Otsuka Pharma	Diverse Akademien	Diverse Buchautoren honorare	Nein	Nein	Mitglied: DGHO und PSO – Mandatsträger in diversen Leitlinien des Programms Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psycho-Onkologie, Klinische Tätigkeit: Psycho-Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Akademie für Psycho-Onkologie München	COI: keine: keine
Dr. Hillmann, Charlotte	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstand des Landesverbandes Bundesverband Geriatrie , Mitglied: Ausschussmitglied des Weiterbildungsausschusses Innere Medizin der Ärztekammer Berlin, Klinische Tätigkeit: Ärztliche Leitung einer Klinik für Innere und Akutgeriatrie mit Palliativeinheit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kursleitung des	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							120h und 40h-Kurses für die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin mit der DAGS Berlin und dem Kompetenzzentrum für Palliativmedizin der JSD, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kursleitung ZERCUR Geriatrie der DAGS	
Dr. Hofbauer, Hannes	Nein	Nein	Akademie Universität Ulm, Akademie Universität Ulm, Akademie Universität Ulm, Akademie Universität Ulm, Fa. Grüenthal , Fa. Grüenthal , Universität Heidelberg,	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied Arbeitskreis "Tumorschmerz" der Deutschen Schmerzgesellschaft (seit 21.10.2022 zudem 2. Sprecher), Mitglied: Mitglied Deutsche Schmerzgesellschaft, Mitglied: Mitglied International Association for the Study of Pain IASP, seit Okt. 2024 hier auch Mitglied Special Interest Group (SIG) "Cancer Pain", Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung zum Thema tumorassoziierte Schmerzen, insbesondere bzgl. chronischen tumorass. Schmerzen, Klinische Tätigkeit:	Ja, zum Kapitel Tumorschmerztherapie (medikamentös). COI: moderat: Keine Abstimmung im Kapitel Tumorschmerz.

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			DGS mbH-Consulting + Plus Fortbildung, Berlin (gesponsort durch Fa. Grünenthal), Roche Pharma AG, Palliativnetzwerk Ulm PNU, Fa. Grünenthal, Fa. Grünenthal organisiert über Fa. Change Pain compact Organisationsteam, Fa. Grünenthal, Universität Heidelberg, Universität Heidelberg, Universität Heidelberg,				Stellvertretende Sektionsleitung Sektion Schmerztherapie (kein klinischer Schwerpunkt, ca. 20 % Patient*innen mit Tumorerkrankungen in unterschiedlichen Tumorstadien), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftlicher Ko-Leiter des 80-h Kurses "Spez. Schmerztherapie" der Akademie der Universität Ulm	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Fa. Grünenthal, Fa. Grünenthal, Universität Ulm, Masterstudiengang Advanced Oncology					
Holzinger, Eva-Maria	Nein	Nein	Caritasverband der Diözese Augsburg und Würzburg e. V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vertreterin der Gesellschaft für Orff Musiktherapie (GfOMT) in der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT) sowie in der Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie (BAG MT) Mitglied und Sprecherin der Sektion Künstlerische Therapien in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zertifiziertes Mitglied der	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft (DmTG) , Klinische Tätigkeit: Musiktherapie im Palliativ- und Hospizbereich	
Dr. med. Horneber, Markus	Nein	Nein	Nein	Nein	DKH/G-BA/BMBF	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Thoraxonkologie, Supportivtherapie, Integrative Onkologie, Kommunikation, Klinische Tätigkeit: Onkologie, Pneumologie, Supportivtherapie, Palliativmedizin, Psychoonkologie	COI: keine: keine
Hornemann, Beate	keine	keine	keine in Bezug auf LL	keine in Bezug auf LL	keine in Bezug auf LL	keine	Mitglied: Vorstand AG PSO , Klinische Tätigkeit: Versorgung onkologischer Patienten am Universitätskrebszentrum, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Jannssens, Uwe	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGIIN (Generalsekretär), Mitglied: DIVI (Präsident seit 1/2019), Mitglied: DGIM (Mitglied), Mitglied: ESC (Mitglied), Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Intensivmedizin Kardiologie, Klinische Tätigkeit: Kardiologie, Innere Medizin, Intensivmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: DIVI Kongress, DGIIN Kongress, Persönliche Beziehung: Nein	
PD Dr. phil. Jentschke, Elisabeth	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Dr. med. Jürries, Lucie Bettina	Nein	Nein	Nein	Nein	Charité	Nein	Mitglied: Arbeitskreis Notfall- Intensiv-Palliativ der Dt Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied, Antrag auf Sprecherinnenposition läuft für dieses Jahr Mitglied DGSS Mitglied DGAI, Wissenschaftliche Tätigkeit: Basisbuch Q14Schmerzmedizin der DGSS (Dt Schmerzgesellschaft), Kapitel: Schmerzmedizin und Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: multimodale Schmerztherapie, tagesklinisch,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							multiprofessionelle Perspektive, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Charité	
Prof. Dr. Karmann, Alexander	PKV e.V.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: dggö, Wissenschaftliche Tätigkeit: VfS Ausschuss Gesundheitsökonomie	COI: keine: keine
Kaur, Sukhvir	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Dr. Kellner, Martin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Kieseritzky, Karin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Kirton, Sabine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: FSH Krebs Bundesverband Mandatsträgerin des BV als Patientenvertreterin: S3 LL Palliativmedizin seit 2011/S3LL Ernährung seit 2021 /S3LL Vulvacarcinom seit 2022/ S3 LL Komplementärmedizin seit 2016	- COI: keine: keine
Dr. Kloke, Marianne	Projekt Spiritual and Existential Care	Nein	Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizi	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Spiritual Care und	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	interprofessionell		n, den Kliniken Essen-Mitte sowie der Kathol Akademie Die Wolfsburg in Mülheim				Palliativmedizin, Experte in der Erstellung der Charta zu Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland., Klinische Tätigkeit: Direktorin der Klinik für Palliativmedizin mit Station, Tagesklinik, Palliativdienst und SAPV, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ärztliche Leitung des Netzwerks Palliativmedizin Essen	
Dr. med. Klose, Johannes	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Kopp, Ina	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkS), European Federation of Periodontology, British Society for Periodontology	Wiss. Beirat ÄZQ	EBM Frankfurt, Arbeitsgemeinschaft am Institut für Familienmedizin, Goethe Universität Frankfurt, Deutsche Gesellschaft	Keine	Deutsche Krebsgesellschaft, Netzwerk Universitätsmedizin COVID 19, BMG, BMBF, Netzwerk Universitätsmedizin Medicine for Pandemic Preparedness 2.0, G-	Keine	Mitgliedschaft: AWMF-Vertreter im IQTIG-Kuratorium (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, eine gemeinnützige, staatliche Einrichtung), Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEBM), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Lenkungsausschuss für das	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	y, European Society of Endotontology (ESE), European Society for Contact Dermatitis (ESCD)		für Pädiatrische Infektiologie, European Business School (EBS) Wiesbaden, Europäischer Verband der Zahnärztlichen Implantologen (BDIZ)		BA Innovationsfonds, Canadian Public Health Agency		Leitlinienprogramm Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der AWMF, Beirat für das Programm Nationale Versorgungsleitlinien unter Federführung der AWMF, der Deutschen Krebshilfe und der AWMF, German Society for Breast Health (Ehrenmitgliedschaft), Ständige Leitlinienkommission der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF (Stellvertretende Vorsitzende), Hauptansprechpartnerin für die AWMF im internationalen Leitlinien-Netzwerk; Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien, Versorgungsforschung, Digitalisierung; Klinische Tätigkeit: Leitlinien, Versorgungsforschung, Digitalisierung; Teilnahme an Fort- und	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Weiterbildung: AWMF-Curriculum für Leitlinienentwickler und Leitlinienberater, Gutachter, GIN McMaster INGUIDE Programm; Persönliche Beziehungen: keine	
PD Dr. med. habil. Krajnak, Slavomir	Nein	Novartis	Nein	Novartis	Novartis	Nein	Mitglied: DGGG , Mitglied: AWOgyn, Wissenschaftliche Tätigkeit: metronomische Chemotherapie beim metastasierten Mammakarzinom (Habilitationsthema), Klinische Tätigkeit: Senior-Mammaoperator Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Kein Themenbezug. COI: keine: keine
Professor Dr. Krug, Utz	Sander Stiftung	JazzPharma, Johnsson Johnsson	Celgene / BMS, AbbVie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus (ADHOK) , Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							ordentliches Mitglied. , Mitglied: AML-Studiengruppen "AMLCG" sowie "SAL", Arbeitsgruppenleiter der gemeinsamen Arbeitsgruppe "Registerstudien", Mitglied: Deutsche Krebshilfe. Ausschußmitglied Fachausschuß Versorgungsforschung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Genetische und epigenetische Prognosefaktoren sowie Behandlungsoptimierung der akuten myeloischen Leukämie, Klinische Tätigkeit: Behandlung von stationären und ambulanten Patienten aus dem gesamten Spektrum der Hämatologie und internistischen Onkologie, inkl. Blasen-Ca., sowie von Palliativpatienten auf der Palliativstation der Medizinischen Klinik 3	
PD Dr. med. Laakmann, Eva	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dipl.-Soz.- Wiss. Langer, Thomas	Nein	Nein	AWMF	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Netzwerk evidenzbasierte Medizin (EbM- Netzwerk)	COI: keine: keine
Prof. Dr. Lenz, Philipp	Vorstand, SchoberStiftung für christliche Hospizarbeit, DELTA - Leben und Sterben in Begleitung e.V.	yeswecan GmbH Co. KG	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat, yeswecan!cer, online Selbsthilfegruppe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Basiskurs Palliativmedizin, Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2 /Jahr, Wissenschaftliche Leitung	COI: keine: keine
Prof. Dr. Letsch, Anne	Nein,	BMS, Amgen, Lilly, Nein	BMS, Amgen, Astra Zeneca, Lilly, MSD, Böhringer Ingelheim	Nein	Böhringer Ingelheim, AMGEN, Tired of- cancer App, Fosanis	Nein	Mitglied: Beiratsmitglied /kooptiertes Mitglied im Vorstand der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Board of Directors European Association of Palliative Care EAPC	COI: keine: Keine
Liemen, Eike	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BDP- Mitglied, DGsf- Mitglied, DAPO-Mitglied, BAK- Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: -, Klinische Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Systemische Beratung/Therapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: - , Persönliche Beziehung: -	
Prof. Dr. Lindner, Reinhard	Nein	Nein	Nein	Nein	LVR-Klinik Köln, Uni Halle Projekt: Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven, -Klinik Köln, Uni Halle/Wien Projekt: Förderung von suizidpräventiven Kenntnissen in Institutionen und Gesellschaft - SuiKom, Museum für Sepulkralkultur Projekt: Beratungseinheit anlässlich der Ausstellung "Suizid. Let's talk about it", UKE, Kinder- und	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Mitglied: Deutsche Akademie für Suizidprävention stv. Vorsitzender, Mitglied: DGPT, Mitglied: DGG, Mitglied: DGPPN, Mitglied: APH , Mitglied: IASP, Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Wissenschaftliche Tätigkeit: Projekte s.o., seit 2020 16 Originalarbeiten zum Thema Suizid, 10 Buchbeiträge zum Thema Suizid, diverse Vorträge auch, Klinische Tätigkeit: Psychodynamische Psychotherapie in freier Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: APH Hamburg, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: AEMI Hamburg, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institut für Psychotherapie,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Jugendpsychiatrie, UKE, Institut f. Psychotherapie, Uni Potsdam		Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung	
Dr. Lingl, Wolfgang	Nein	Nein	Bayerische Landesapothekenkammer, Caritas Verband der Erzdiözese München und Freising	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGP, Sprecher der Sektion Seelsorge/Spiritual Care DGP, Fachreferat Spiritual Care	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion
Dr. Lisa, Krumm	Nein	Nein	Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Universitätsklinikum Heidelberg, Christophorus Akademie LMU Klinikum, Deutscher Apotheker Verlag,	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) - 1. Sprecherin der Sektion Pharmazie 2. Mitglied der Arbeitsgruppe "Junge DGP", Mitglied: Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA), Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikation: Drug Therapy Safety in Palliative Care—Pharmaceutical Analysis of	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Bayerische Landesapothekerkammer				Medication Processes in Palliative Care, Klinische Tätigkeit: Sterilherstellung / GMP-Herstellung	
Prof Dr. Loquai, Carmen	BMS, MSD, Pierre Fabre, Biontech, Almirall Hermal, Böhringer Ingelheim, Sanofi, Sun Pharma	BMS, MSD, Pierre Fabre, Biontech, Almirall Hermal, Böhringer Ingelheim, Sanofi, Sun Pharma	BMS, MSD, Pierre Fabre, Biontech, Almirall Hermal, Böhringer Ingelheim, Sanofi, Sun Pharma	Nein	BMS, MSD, Sanofi, Biontech, Regeneron, Pfizer, Sanofi, Genentech	Nein	Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie, Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung, Berufsverband Deutscher Dermatologen, Bremer Krebsgesellschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Dermatoonkologie, Klinische Tätigkeit: Dermatologie, Dermatoonkologie	COI: keine: keine
Dr. Maier, Bernd Oliver	Nein	Nein	Palliativtage Sylt (Smart-q), Übernahme der wissenschaftlichen Leitung 2021, Fachk	Nein	Oncopath Studie	Nein	Mitglied: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: DGHO, DGIM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Onkologie und Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Onkologie und Palliativmedizin	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ongresse der DGP, DGIM und DKG					
Prof. Dr. Margit, Haas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DG Pflegewissenschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Professorin für Pflegewissenschaft, Universität Trier	COI: keine: keine
Prof. Dr. Meißner, Winfried	Sanofi, Grünenthal	Tafalgie, Merck	Mundipharma, Grünenthal, Kyowa	Nein	Medtronic, Vertanical	Nein	Mitglied: Deutsche Schmerzgesellschaft; Präsident / Past President, Wissenschaftliche Tätigkeit: Akutschmerz, Klinische Tätigkeit: Akuter und chronischer Schmerz, Palliativmedizin	Kein Themenbezug zum Kap. Tumorschmerz. COI: keine: keine
Dr. med. Mousset, Sabine	Nein	Nein	Nein	B. Alt-Epping, S. Fuxius, U. Wedding	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Hämato-Onkologie, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft, Klinische Tätigkeit: Palliative und supportive Therapie von onkologischen Patient*innen, Persönliche Beziehung: Ehemann bei MERCK KgA in leitender Position	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Mumm, Friederike	Nein	Nein	Nein	From Testing to Targeted Treatments (FT3) Program	Nein	Nein	Mitglied: - Mandatsträgerin pso LL Foll. Lymphom Cervic-Ca Supportive Therapie Onkologie; Mandatsträgerin DGHO Umgang mit Suizidalität - Mitglied der Projektgruppe „Shared Decision Making“, Bayerisches Zentrum für Krebsforschung (BZKF) - Co-Vorsitzende, DGHO Arbeitsgruppe "Psycho-Onkologie" - Vorsitzende der Projektgruppe Psychoonkologie am Tumorzentrum München (TZM) mit dem Netzwerk Psychosoziale Onkologie München (N-PSOM) - Gründungsmitglied, Klinisches Ethikkomitee, LMU Klinikum München - Unterarbeitsgruppe Kommunikation der AG Psychoonkologie des CCC-Netzwerks AG Kommunikation pso, (zuletzt Umfrage in 127 onkologische Zentren zum Thema	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Kommunikationstraining, paper sub. , Klinische Tätigkeit: Psycho-Onkologie WB Palliativmedizin Verantwortliche POK (Patientenorientierte Kommunikation) und Mitglied AG KommMeCuM (Longitudinales Kommunikationscurriculum), Medizinische Fakultät LMU München	
Prof. Dr. Müller, Volkmar	Nein	Astra Zeneca Daiichi-Sankyo Eisai Pfizer MSD Novartis Roche Seagen Pierre Fabre ClinSol Lilly Clin Sol	Astra Zeneca Daiichi-Sankyo Eisai Pfizer MSD Novartis Roche Seagen Pierre Fabre ClinSol Lilly Clin Sol	Nein	Novartis, Roche, Seagen, Genentech, Astra Zeneca	Nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie, Gruppe Mammakarzinom., Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsarbeit Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: Mammakarzinom, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Nein, Persönliche Beziehung: Nein	Kein COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Stemline						
Prof. Dr. Dr. Müller-Richter, Urs	Nein	Bristol-Myers-Squibb, MSD, Sanofi	Nein	Sanofi	AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb, MSD	Nein	Mitglied: Vorsitzender des Arbeitskreises Oralpathologie Orale Medizin der DGZMK, Mitglied: Leiter der bayernweiten Studiengruppe Kopf-Hals-Onkologie am Bayerischen Zentrum für Krebsforschung (BZKF), Wissenschaftliche Tätigkeit: Tumorbiologie, Bildgebung, Onkologie, Rekonstruktive Chirurgie, Klinische Tätigkeit: Tumorbiologie, Bildgebung, Onkologie, Rekonstruktive Chirurgie, medikamentöse Tumorthherapie, Fehlbildungschirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitorganisator der gemeinsamen Jahrestagung der AgKi und des AKOPOM	kein COI: keine: keine
Münch, Urs	Nein	BMS	BMS Novartis Sun Pharma	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Vorstand bis 2022, aktiv in Sektion	Kein COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psychologie und AG Psychosoziale, spirituelle und trauerspezifische Versorgung. Mitarbeit bei Erstellung berufsübergreifendes Basiscurriculum SPECI Spiritual Care, Mitarbeit bei Aktualisierung Basiscurriculum Palliative Care für Psycholog:innen, Mitglied: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen und Sektion Ethik, Wissenschaftliche Tätigkeit: Trauer; psychische Belastung durch die Pandemie; klinische Krisenintervention; Manual Psychologie Intensivmedizin; Berufsbild Psychologie Intensivmedizin; Kinder als Besucher im Krankenhaus; Besuchsregelungen Krankenhaus in Pandemie , Klinische Tätigkeit: Psychoonkologe	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Viszeralonkologisches Zentrum Westend, Teil des Palliativteams (Allg. und Unfallchirurgie, Gastroenterologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Klinische Tätigkeit: Ethikbeauftragter der DRK Kliniken Berlin für alle Standorte, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftliche Leitung des Kurses Palliative Care für Psycholog:innen des Instituts für Palliativpsychologie	
Nau, Hans	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der AG Pslliative Care der DVSG	COI: keine: keine
Dr. med. Nehls, Wiebke	Nein	Nein	verschiedene Bildungsakademien im Palliativbereich	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin - Vorstandsmitglied (Mandatsträger für diverse LL) , Wissenschaftliche Tätigkeit: verschiedene pneumologische und palliativmed. Fachzeitschriften, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin und	Kein. COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Geriatrie	
Dr. Neitzke, Gerald	Nein	Nein	div. Kliniken mit Fortbildungen zur Klinischen Ethikberatung, Zentrum für Gesundheitsethik, Qualifizierungsprogramm Ethikberatung Hannover, A.I.M.: ärztliche Fortbildung Palliativmedizin	Nein	BMBF	Nein	Mitglied: Mitglied in der Akademie für Ethik in der Medizin (Fachgesellschaft) Mitglied in der DIVI (Fachgesellschaft), Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Ethik, Ethikberatung, Ethik am Lebensende, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kooperationspartner im Qualifizierungsprogramm Ethikberatung Hannover	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion
Priv. Doz. Dr. med. Neukirchen, Martin	Nein	Nein	Fachhochschule Münster - Master Palliative Care	Nein	EU - Horizon, DFG - Studie zu Versorgungsbedürfnissen von COPD Patient:innen, DKH	Nein	Mitglied: Vorstandsmitglied DGP, Mitglied: Mitglied DGAI, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungstätigkeit im Bereich der Palliativversorgung. , Klinische Tätigkeit: Tätigkeit in allen Bereichen der spezialisierten	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Palliativversorgung (Palliativstation, Palliativdienst, Palliativambulanz, SAPV)	
Neurath, Annette	Nein	Nein	Verschiedenen Institutionen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Physio-Deutschland Vorstand Region Nord-Ost, Klinische Tätigkeit: Fachtherapeutin Physiotherapie Palliativ-Care Palliativ Care Fachkraft Stellvertretende Therapeutische Leitung in einer Klinik Palliativbeauftragte für die Therapie, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Co-Kursleitung und Referentin in verschiedenen Institutionen und Ausbildungsstätten	COI: keine: keine
Prof. Dr. Neuschmeltin g, Volker	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)	Keine
Dr. med. Nothacker, Monika	IQTIG	-Advisory Board Member of Health Care Research Project INDiQ (measuring	Berlin School of Public Health, Charité, European	Nein	German Cancer Aid, BMC, Network University Medicine for Pandemic Preparedness 2.0, G-	no	Mitglied: - German Network Evidence Based Medicine (member) - Guidelines International Network/GRADE Working Group	Themenbezug: n/a Einstufung COI: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		indication quality) Honoraria as described - Member of Steering Group National Cancer Plan no payment, IQTIG	Board of Gastroenterology, medical association bavaria, , INGUIDE		BA Innovationfund, Canadian Public Health Agency		(member) - AWMF Vice Chair ad hoc commission structures in health care, Wissenschaftliche Tätigkeit: Guidelines and Guideline Methodology, Methodology of guidelines based performance measures/quality indicators, Klinische Tätigkeit: no clinical activity or clinical research, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Guideline seminars within Curriculum for guideline developers and advisers in Germany , Persönliche Beziehung: no	
Prof. Dr. med. Oechsle, Karin	verschiedene internationale Fachzeitschriften	keine	Nein	regelmäßig in Fachzeitschriften und Fachbüchern	Deutsche Krebshilfe, Innovationsfond, Hamburger Krebsgesellschaft, Eppendorfer Krebs- und Leukämiehilfe	keine	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; Deutsche Krebsgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, European Association for Palliative Care, European Society for Medical Oncology, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin mit	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Schwerpunkt Angehörigenforschung, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Palliativmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Persönliche Beziehung: keine	
Prof. Dr. Ostgathe, Christoph	Bayerische Landesärztekammer	Nein	Äskulap Akademie	Nein	BMBF, BMWK, DFG	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: European Association for Palliative Care, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin und Technik, Versorgungsforschung, Ethische Fragestellungen, Outcome und Screening, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin	COI: keine: keine
Pape, Anna E.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DVE-Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (Mitglied, Budgetverantwortliche der Landesgruppe Bremen, Mitglied der Arbeitsgruppe Palliative Care), Mitglied: DGP-Deutsche	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (Member), Wissenschaftliche Tätigkeit: Research about Occupational therapy in Palliative Care	
Dr. Perrar, Klaus Maria	keine	keine	der DAGPP Dr. Mildred Scheel Akademie Köln	a) Thiemeverlag und b) Kohlhammer verlag c) Elsevier Verlag	keine	keine	Mitglied: Mitglied DGGPP, DED, DGP, DGGG, Alzheimer Gesellschaft Kreis Düren, Hospizbewegung Düren-Jülich, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine mehr, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	COI: keine: keine
Dr. med. PhD Peuckmann-Post, Vera	unabhängigen wissenschaftlichen Journals (European Journal of Pain, BMC Geriatrics, Der Schmerz etc)	Als stellv. Sektionssprecherin "Palliativmedizin" der unabhängigen Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Palliativmedizin (DGA) Mitarbeit bei Themen- und	Nein	Nein	unabhängigen Fachgesellschaften und Institutionen wie DGAI, DGP, Klinik für Psychiatrie, Klinik für Palliativmedizin, Klinik für Anästhesiologie (Uniklinik Aachen)	--	Mitglied: unabhängige klinisch und wissenschaftlich orientierte Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA): Mitgliedschaft und Stellvertretende Sektionssprecherin Palliativmedizin,	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Referentenauswahl für Kongresse der Anästhesie mit Fokus Palliativmedizin, Konzepterstellung für zukünftige Projekte des Arbeitskreises Palliativmedizin der DGAI, Sprecherin Arbeitskreis Palliativmedizin der DGAI			sowie Schmerzzambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover		Vortragstätigkeit, Planung, inhaltliche Gestaltung und Durchführung des Fortbildungsangebotes "DGAI2torial" für Mitglieder der DGAI für die Sektion Palliativmedizin eigene Vortragstätigkeit, Vorsitze und Moderation bei Kongressen der DGAI für die Sektion Palliativmedizin, Mitglied im Arbeitskreis Palliativmedizin und im Arbeitskreis Digitale Medizin - Deutsche Schmerzgesellschaft: eigene Vortragstätigkeit bei Workshops und Präsentation wissenschaftlicher Poster - Mitglied der Berufungskommission zur Besetzung des Lehrstuhls Physiologie der Uniklinik Aachen - Präsentation wissenschaftlicher Beitrag bei Kongress der DIVI - Mitgliedschaft Deutscher Ärztinnenbund - Mitgliedschaft DGAUM ,	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Schmerzmedizin, Opioide, Digitalisierung, Forschung zu Schnittstellen zur Palliativmedizin mit Blick auf Digitalisierung, Public Health, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Schmerzmedizin, Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: "DGAI2torial" für die Sektion Palliativmedizin, ein bundesweites Fortbildungsangebot der DGAI, Persönliche Beziehung: keine	
PD Dr. Pfisterer, Mathias H.-D.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), Mitglied: Deutsch Gesellschaft für Geriatrie e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Geriatrie und Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Geriatrie und Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrauftrag Goethe-Universität Frankfurt für	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Geriatrie und Palliativmedizin	
PD Dr. Pigorsch, Steffi Ulrike	Nein	Nein	Stiftung Juliuspital, Palliativakademie, Würzburg	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGRO - Sprecherin der AG Palliative Strahlentherapie und Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Strahlentherapie von Kopf-Hals-Karzinomen Systemtherapie in Kombination mit Strahlentherapie stationäre Strahlentherapie inkl. Versorgung hochpalliativer Patienten in der Strahlentherapie	COI: keine: keine
Dr. Pralong, Anne	-	-	-	-	-	-	Mitglied: -, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin: Entwicklung S3-LL, Schnittstelle Hämatonkologie-Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: -, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: -, Persönliche Beziehung: -	COI: keine: keine
Dr. Probst, Stephan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Berlin, Mitglied: IGGS (Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität e.V.) München, Mitglied: AEM	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(Akademie Ethik in der Medizin e.V.) Göttingen, Wissenschaftliche Tätigkeit: 2025 Zeitschriftenaufsatz E-Veröff. vor dem Druck PUB-ID: 2993728 Spiritual Care und Judentum. Paradigma für einen religionsgeprägten Umgang mit kranken und sterbenden Menschen? Probst S (2025) Die Onkologie 31(1)., Wissenschaftliche Tätigkeit: 2024 Sammelwerksbeitrag Veröffentlicht PUB-ID: 2993769 Handlungsempfehlungen zur spirituellen Begleitung alter und/oder schwerstkranker Menschen - Langfassung Kloke M, Alt-Epping B, Büssing A, Giebel A, Eilts-Köchling K, Probst S, Schrage B (2024) In: Spiritual Care Existential Care interprofessionell. Handbuch spiritueller und existentieller	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Begleitung in der Gesundheitsversorgung. Büssing A, Giebel A, Roser T (Eds); 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer. PUB DOI, Wissenschaftliche Tätigkeit: 2024 Sammelwerksbeitrag Veröffentlicht PUB-ID: 2993727 Der Beitrag von Spiritual Care zur angewandten Medizinethik und ethische Prinzipien für Spiritual Care Probst S (2024) In: Spiritual Care Existential Care interprofessionell, Handbuch spiritueller und Existentieller Begleitung in der Gesundheitsversorgung. Büssing A, Giebel A, Roser T (Eds); Berlin, Heidelberg: Springer. PUB DOI, Klinische Tätigkeit: 2021 Sammelwerksbeitrag Veröffentlicht PUB-ID: 2993724 Relevance of Addressing Spiritual Needs in Research and Practice Probst S (2021)	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							In: Spiritual Needs in Research and Practice. Büssing A (Ed); Palgrave Macmillan. PUB	
Prof. Dr. med. Radbruch, Lukas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Chair of the Board of Directors der International Association for Hospice and Palliative Care	COI: keine: keine
Dr. med. Rechenmacher, Michael	Nein	Nein	Nein	Nein	Förderverein Palliativmedizin am UKR e.V.	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, AG Angehörige, Wissenschaftliche Tätigkeit: Optimierung palliativmedizinischer Versorgung, Klinische Tätigkeit: Palliativversorgung stationär und ambulant, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorsitzender der Akademie für Palliativmedizin am UKR e.V.	COI: keine: keine
Dr. Rehlaender, Achim	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: AG Palliativmedizin des BDI (Berufsverband Deutscher Internisten); jährliche Präsenz auf dem Jahreskongress der DGIM (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin)	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Reimer, Alinda	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Spitzenfrauen Gesundheit, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Klinische Tätigkeit: Hashtag Gesundheit	COI: keine: keine
Dr. Rosenbruch, Johannes	ClarCert DGP	Nein	lokale Hospizvereine und Palliativakademien	Elsevier Verlag	Nein	Nein	Mitglied: DGIM (Mitglied) Arbeitsgemeinschaft Bayerischer Notärzte (Mitglied) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Sprecher Palliativstationen) GAÄD, Klinische Tätigkeit: Versorgung von Patient:innen im Palliativdienst und auf der Palliativstation	COI: keine: keine
Prof. Dr. Roser, Traugott	Nein	Bayerischer Ethikrat, Ethikkommission der Ärztekammer LWL	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Mitglied), Mitglied: Internationale Gesellschaft für Gesundheit und Spiritualität (Mitglied), Mitglied: Evangelische Kirche (Mitglied und Pfarrer), Wissenschaftliche Tätigkeit: Seelsorge und Spiritual Care	COI: keine: keine
Dr. rer. medic.	Nein	Zunächst	Seminare bei	Nein	Mitarbeit in diversen	Nein	Mitglied: Mitglied (und Vorstand	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Rubi-Fessen, Ilona		Schatzmeisterin, dann 2. Vorsitzende der Gesellschaft für Aphasieforschung und Behandlung (GAB)	verschiedenen Anbietern zur Fortbildung von Logopäd*innen und Sprachtherapeuten*innen		klinischen Studien OHNE Förderung		s.o.) der Gesellschaft für Aphasieforschung und Behandlung Mitglied im Bundesverband für Logopädie Mitglied im Deutschen Fachjournalistenverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: a) Aphasie und nicht-invasive Hirnstimulation, Akute Aphasien, Rehabilitation bei Aphasie, Klinische Tätigkeit: Therapie Kommunikations- und Schluckstörungen, Schwerpunkt Phase B	
Runte, Constanze	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Rémi, Jan	Nein	Nein	Eisai, UCB, Jazz, AstraZeneca, VANDA, Hennig Arzneimittel, Angelini, Desitin	Wissenschaftliche Publikationen	Leadiang AG	Nein	Mitglied: Mitglied in DGN, DGSM, DGKN, DGFE, EAN, AES, Wissenschaftliche Tätigkeit: Epilepsie, EEG, Schlaf, Klinische Tätigkeit: Allgemeine Neurologie, Epilepsie, Schlaf, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Keine Intern in unserer Klinik gebe ich	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							viele Fortbildungen, ebenso bei meinen oben aufgeführten Gesellschaften.	
Dr. Rémi, Constanze	Nein	Nein	Landesapothekerkammer Schleswig-Holstein, Bayerische Landesapothekerkammer	Zeitschrift Krankenhauspharmazie	Deutsche Krebshilfe, Trinity College Dublin	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin DGP e.V., Mitglied: Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker ADKA e.V., Mitglied: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Mitglied: Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft DPhG e.V., Mitglied: Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmazie, Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzneimitteltherapiesicherheit in der Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Arzneimitteltherapiesicherheit in der Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Zertifikatskurs Palliativpharmazie für verschiedenen	Keine Firmenhonorare, nur von Fachgesellschaften bzw. Kammern. COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Landesapothekerkammern, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Christophorus-Akademie, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München; Update Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin (jährlich), Fort- und Weiterbildungskurse für Apotheker*innen, Pflegekräfte, Ärzt*innen zur Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin	
PD Dr. Rüffer, Jens Ulrich	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Shared decision making	COI: keine: keine
Dr. Salmen, Jessica	pm results	Novartis, Eisai, MSD, Astra Zeneca	Novartis, Aurikamed, Astra Zeneca, Klinikum München harlaching, GILEAD, pfizer, Lilly, Seagen, GSK	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied bei AGO, DGGG, DKG und DGS; zusätzlich Mitarbeit bei der Leitlinie zur Komplementärmedizin als Stellvertretung von Prof. M.-W. Beckmann als Vertretung für die Deutsche Gesellschaft für Senologie, Klinische Tätigkeit: konservative Onkologie, Palliativmedizin, Komplementärmedizin	Kein. COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr Schenk, Michael	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
Schepers, Carolin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft DGVT und DPTV, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin Co- Autorin in diversen Publikationen innerhalb des AlloPas Projekts., Klinische Tätigkeit: Verhaltenstherapie / Psychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Honorardozentin an der Fresenius - nicht Federführend Bereich Wirtschaftspsychologie, Persönliche Beziehung: -	COI: keine: keine
Prof. Dr. med., M.Sc. Schneider, Barbara	Evangelische Lukasstiftung , Vitos	Suizidprophylaxe, Psc hopharmakotherapie	AWO Psychiatrie-Akademie, Ärztekammer Baden-Württemberg, Konföderation der evangelischen	Kohlhammer , andere Honorare gespendet	BMG	keine	Mitglied: Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm , Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Vorsitzende 2014 bis 2018, Mitglied: Mitglied International Academy of Suicide Research, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidalität, Suchterkrankungen,	- COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Kirchen in Niedersachsen , St. Augustinus Fachkliniken gGmbH , Johnson und Johnson, Aristo, Erzbistum Paderborn, St. Petrus Bonn, AIHE, Katholische Hochschule Köln, Köln, Vortrag, Nein, Münster, Meran , Berlin , Neuss, Essen, Trier, Katholische Frauengemein schaft, Universität				Klinische Tätigkeit: Chefarztin mit Ermächtigungsambulanz (Substitution), Beteiligung an Fort- /Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Halle, Heinrich-Pera-Hospiz Halle					
PD Dr. med. Schuler, Ulrich	Nein	Apogepha	Bristol Meyer Squibb , Takeda, Lilly, Apogepha, Amgen, Hexal, Leo-Pahrme, Jannssen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGHO, DGP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen: Supportivtherapie, Kommunikation, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, wenig Onkologie/Hämatologie wenig Hämostaseologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: APHD (Palliativakademie), Persönliche Beziehung: keine	Ja bei Kap. Tumorschmerz und Fatigue. COI: moderat: Keine Abstimmung im Kapitel Tumorschmerz und Fatigue.
Schulze, Carsten	keine	nein	Nein	Nein	nein	nein	Mitglied: Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) Mitglied in der AG Palliative Care, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Schulze, Cora	Innovationsfonds G-BA	Nein	Zentrum für Gesundheitsethik, PallWiss	Nein	Medizinische Hochschule Hannover	Nein	Mitglied: DGP Bund Mitglied, SAPV, AAPV, Ethik DGP Land Nds. stell. Leitung	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			(Fortbildungsreihe des Fachverbandes SAPV, Zertifizierung über die AEKN)				Fachreferat ambulante Palliativversorgung Schwerpunkt SAPV DHPV, erweiterter Vorstand SAPV, AAPV, Wissenschaftliche Tätigkeit: SAPV, AAPV, , Klinische Tätigkeit: SAPV, Schmerztherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: PallWiss - Fortbildungsreihe SAPV-Fachverband Nds. Organisationsteam, Moderatorin, Referentin Zentrum für Gesundheitsethik, Planungsteams,	
Schörger, Berenike	Nein	Nein	Nein	Uniklinik Köln	Uniklinik Köln, Jose Carreras Stiftung	Nein	Mitglied: Mitglied in der Endometriose-Vereinigung	COI: keine
Prof. Dr. med. Siebels, Michael	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
PD Dr. Siegel, Robert	Nein	Nein	Nein	Journal Club, Zeitschrift coloproctology (Springer)	Nein	Ehefrau: Aktienbesitz Bayer AG	Mitglied: Koordinator und Mandatsträger S3-LL Analkarzinom (Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie), Mandatsträger S3-LL	Keine zum Thema Palliativmedizin, auch nicht bei entsprechenden Medikamenten. COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Palliativmedizin (Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie), Member Guidelines Committee ESCP (European Society of Coloproctology), Wissenschaftliche Tätigkeit: Analkarzinom Rektumkarzinom minimal-invasive Chirurgie PROM, Klinische Tätigkeit: kolorektale Chirurgie minimal-invasive Chirurgie Proktologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: BDC-Fortbildung kolorektale Chirurgie	
Prof. Dr. phil. Simon, Alfred	Nein, Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied in der AEM und der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen; Dozent im Rahmen von Weiterbildungen für Palliativmedizin und Palliative Care	COI: keine: keine
Prof. Dr. med.	Keine	Keine	Mildred Scheel	Keine	Dt. Krebshilfe (DKH),	keine	Mitglied: DGP (u.a. Leiter AG	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Simon, Steffen			Akademie der Dt. Krebshilfe, Fach/Berufsverbände, KV, Krankenhäuser (Innere, Chirurgie)		BMBF, EU, Deutsche Carreras Leukämie Stiftung		Leitlinien) DGIM, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Atemnot, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Leiter Palliativmed. Dienst der Uniklinik Köln, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Kurse Palliativmedizin für Ärzte, Persönliche Beziehung: keine	
Prof. Dr. Stefan, Schmidt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)	COI: keine: keine
Stoklossa, Cindy	IQTIG	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	COI: keine: keine
Dr. Stoll, Christoph	-	-	Nein	Nein	AG PRIO	-	Mitglied: DKG PRIO Mandatsträger (Leber, follik. Lymphome, cutane Lymphome, Niere, Melanom, Ernährung) Mitglied Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren, Hämatologische Zentren , Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Rehabilitationsmedizin Komplementärmedizin in der Onkologie Supportivmedizin, Klinische Tätigkeit: Hämatologie/internistische Onkologie Rehabilitationsmedizin /Sozialmedizin Supportivmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: -, Persönliche Beziehung: -	
Dr. med. Thoms, Kai-Martin	Nein	Bristol Myers Squibb, MSD, Pierre Fabre, Novartis, Immunocore, Sanofi, Sun Pharma	Bristol Myers Squibb, MSD, Pierre Fabre, Novartis, Sanofi, Sun Pharma, Amgen, LEO Pharma, Galderma, Almirall, Candela, Lilly	Nein	Bristol Myers Squibb, MSD, Roche, Pierre Fabre, Regeneron	Nein	Mitglied: Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) Deutsche Krebsgesellschaft – Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung (ADF) , Wissenschaftliche Tätigkeit: DNA-Reparatur und UV-	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Karzinogenese, Hautkrebs-entwicklung unter immunsuppressiver Therapie, Lymphknoten Chirurgie beim malignen Melanom, Lasertherapie vaskulärer Malformationen und Tumoren, Nebenwirkungen moderner medikamentöser Tumorthérapien, Klinische Tätigkeit: Dermatoonkologie, Dermatochirurgie, Lasermedizin, Wundmanagement	
Prof. Dr. Voltz, Raymond	AOK Health Assurance, Klinikum Aschaffenburg-Alzenau	Bristol Myers Squibb GmbH aA, RD West	German Cancer Society , Desire to die lecture about 4-5 a year, Desire to die trainings about 3 a year, Roche Pharma AG	Nein	Federal Ministry of Education and Research , Federal Ministry of Education and Research, Federal Joint Committee (GBA) Germany, Innovation Fund , EU Horizon 2020 , Robert Bosch Foundation , Robert Bosch	Nein	Mitglied: German Association for Palliative Medicine (DGP), member, Mitglied: German Network Health Service Research (DNVF), member, Wissenschaftliche Tätigkeit: Early Integration of palliative care Palliative care in neurology Dealing with desire to die in palliative care Improvement of care for palliative patients	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			lecture		Foundation; Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen GmbH; Association Endlich. Palliativ e. V. , Ministry of Labor, Health and Social Affairs of North RhineWestphalia , Innovation Fond , Association Endlich. Palliativ e. V. , Ministry of Culture and Science of North RhineWestphalia , Ministry of Culture and Science of North RhineWestphalia, Hertie Foundation , Federal Ministry of Education and Research , Federal Ministry for Family Affairs,		, Klinische Tätigkeit: Palliative Care , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dr Mildred Scheel Academy for Research and Education, Cologne	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Senior Citizens, Women and Youth , Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth , Federal Ministry of Education and Research , German Guideline Program in Oncology (GGPO)			
apl. Prof. Dr. med. Wedding, Ulrich	Elsevier Verlag, Cogentia Healthcare Consulting Ltd, SOLUTION AKADEMIE	MEDAC	BMS, DKFZ Heidelberg, Evangelische Kirche Mitteldeutschland, Kyowa Kirin, MCI Event Manager, MEDAC, Streamed-Up, Klinikum	Collegium Catholicum, Elsevier-Verlag, Hogrefe Verlag, Springer Heidelberg, Zuckschwerdt Verlag	Innofond, Netzwerk Universitätsmedizin	GSK Aktien 300 Stück, Bayer AG 100 Stück	Mitglied: Landesärztekammer Thüringen - Vizepräsident, Mitglied: Landesärztekammer Thüringen Vorstandsmitglied, Mitglied: AIO Sprecher der AG Geriatrische Onkologie, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft - Stellvertretender Sprecher, Mitglied: Vorsitzender des Vorstands der Hospiz und	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Essen Mitte, Landkreis Schmalkalden-Meiningen				Palliativ-Stiftung Jena, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geriatrische Onkologie , Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen	
Westermair, Anna	Nein	Nein	Nein	Nein	Universität Basel, Nachwuchsförderung, Foundation Brocher, Nein	Nein	Mitglied: stv. Leiterin des Referats Psychosomatik der DGPPN; stv. Mandatsträgerin der DGPPN für die LL Psychoonkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schnittmenge von Palliativversorgung, Psychiatrie und Ethik; Publikationen: https://scholar.google.ch/citations?user=EZiGd6YAAAAJ =de=ao, Klinische Tätigkeit: Psychosomatik	COI: keine: keine
Prof. Dr.	Ärztekammer	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit:	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Wiese, Christoph	Niedersachsen Sozialgerichte						Palliative Medicine and Emergency Medicine, Klinische Tätigkeit: Anesthesiology, Emergency Medicine, Pain Medicine, Palliate Care, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Emergency Medical Care - Ostfalia University for Applied Sciences Wolfsburg	
PD Dr. med. Wirz, Stefan	Begutachtung von Manuskripten für die Zeitschrift "Der Schmerz", E-i-C der Zeitschrift "Journal of Local and Regional Anesthesia and Analgesia"	Sandoz/Hexal Mundipharma Riemser Digitale Health Care/Cannaflos Stada Dr. Pfleger	Kyowa Kirin Mundipharma Grünenthal Digitale Health Care/Cannaflos	Nein	ohne	nein	Mitglied: International Association for the Study of Pain - Past Chair Special Interest Group Cancer Pain Deutsche Schmerzgesellschaft - Beirat bis einschließlich 2020 - Sprecher Arbeitskreis Tumorschmerz - Mitglied AdHoc Kommission Konvent der Schmerzzambulanzen - Mitglied Kommission Strukturmerkmale Multimodale Schmerztherapie Deutsche Krebsgesellschaft - Mitglied Arbeitsgemeinschaft	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Palliativmedizin Deutsche Palliativgesellschaft Sertürner Gesellschaft Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin Bund Deutscher Anästhesisten Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Opioide/Opioidinduzierte Nebenwirkungen/Symptomkontrollen Akutschmerztherapie Tumorschmerztherapie Chronifizierung von Schmerzen Gesichtsschmerz Lebensqualität bei urologischen Patienten Postoperative Darmatonie, Klinische Tätigkeit: Anästhesie	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Intensivmedizin Schmerz- und Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: European Federation of IASP Chapters (EFIC) Cancer Pain Management University of Maribor, SL GFO-Anästhesietag, GFO-Schmerztag, Bonn Vorlesung Schmerzmedizin Universität Bonn Weiterbildung Pain Care Manager Universität Regensburg, Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. Wollenberg, Barbara	Nein	Nein	Nein	Nein	Cassellamed , Repha Pharma	Nein	Nein	COI: keine: keine
von Blanckenburg, Gustav	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sprecher der Sektion Künstlerische Therapien, Klinische Tätigkeit: Honorartätigkeit als Musiktherapeut auf einer Palliativstation (5h/Woche)	COI: keine: keine
Prof. Dr.	Nein	BRCA-Netzwerk, seit	Nein	Thieme, 2x	Deutsche Krebshilfe	Nein	DGPs (Mandaträgerin)	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Zimmermann, Tanja		2017, Psychoonkologie		2018, Artikel im Bereich Psychoonkologie	(PI Prof. Dr. A. Mehnert, Leipzig), Längsschnittanalyse des PO Unterstützungsbedarfs bei Patienten und deren Angehörigen stratifiziert nach biopsychosozialen Einflussfaktoren (LUPE)		Vorstandsmitglied AG PO der Deutschen Krebsgesellschaft, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,	

10.2. PICO-Fragestellungen

Tabelle 6: PICO-Fragestellungen

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
Versorgungsstrukturen							
1.	Was ist die Wirksamkeit von Spezialisierten Palliativversorgung = SPV (definiert als Mehrkomponenten-Angebote, die in einzelnen Strukturen - Palliativstation, PMD, SAPV, Hospiz, Tagesklinik - oder strukturübergreifend erbracht) auf Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien?	1.1.	Erwachsene Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (Mischpopulation (Krebs und andere Diagnosen eingeschlossen - Angehörige ausgeschlossen)	Mehrkomponente Interventionen der Spezialisierten Palliativversorgung	Jegliche anderen Interventionen	Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien	Übergreifende Suche
Kommunikation							
2.	Was ist der Effekt von Advanced Care Planning (APC) auf patientenbezogene Outcomes bei Patient:innen mit einer (fortgeschrittenen) Krebserkrankung und ihren Angehörigen?	2.1.	Erwachsene Patienten mit einer Krebserkrankung (Mischpopulation von Krebserkrankung und anderen Diagnosen eingeschlossen)	Vorausschauende Versorgungsplanung (Advance Care Planning = ACP)	Jegliche andere Interventionen	Patientenbezogene Outcomes	
Angehörige							
3.	Was ist der Effekt von Unterstützungsangeboten der Palliativversorgung bei Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	3.1.	Angehörige von Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (Palliativsituation)	Unterstützungsangebote der Palliativversorgung ab der Begleitung in der Palliativsituation bis nach dem Tod	Alle	Angehörigen-bezogene Outcomes	SysRev, RCTs
4.	Welche Bedürfnisse zeigen Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und wie sollen diese erfasst werden?		-	-	-	-	EK

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
5.	Wie soll eine Angehörigen-zentrierten Kommunikation mit Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung erfolgen?		-	-	-	-	EK
6.	Was ist der Effekt von psychoedukativer Unterstützung auf Angehörigen-bezogene Outcomes bei Angehörigen von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	6.1.	Angehörige von Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung (Palliativsituation)	(Psycho)-edukative Unterstützung	Alle	Angehörigen-bezogene Outcomes	SysRev von RCTs/quasi-experimentelle Studien oder Metaanalysen
7.	Was ist der Effekt von Angeboten zur Unterstützung von Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Sterbeprozess auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	7.1.	Angehörige von Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung in der Sterbephase	(Psycho)-edukative Unterstützung im Sterbeprozess, Deskriptive Risikofaktoren/Determinanten der Trauererfahrung	-	Angehörigen-bezogene Outcomes	SysRev oder Metaanalysen
8.	Was ist der Effekt von Angeboten zur Unterstützung in der Trauer bei Angehörigen von verstorbenen Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auf Angehörigen-bezogene Outcomes?	8.1	Angehörige von verstorbenen Patient:innen mit einer nicht-heilbaren	(Psycho)-edukative Unterstützung in der Trauerphase, Deskriptive Risikofaktoren/Determinanten der Trauererfahrung	-	Angehörigen-bezogene Outcomes	SysRev oder Metaanalysen
Atemnot							
9.	Was ist die Wirksamkeit von nicht-medikamentöser Therapie (inkl. komplexen Interventionen) im Vergleich zu Placebo oder anderen Therapieformen für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	9.1.	Erwachsene mit mind. einer der folgenden Erkrankungen: • Krebs • COPD • ALS • Chronische Herzinsuffizienz • Interstitielle Lungenerkrankungen			• Atemnot-Intensität • Coping/Mastery • Exercise capacity • Lebensqualität • Toxicity/Adverse events	

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
10.	Was ist die Wirksamkeit von Opioiden im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	10.1.	Erwachsene Patienten mit mind. einer der folgenden Erkrankungen: • Krebs • COPD • ALS • Chronische Herzinsuffizienz • Interstitielle Lungenerkrankungen	Opioide	Placebo oder anderen medikamentösen Therapien	• Atemnot-Intensität • Coping/Mastery • Exercise capacity • Lebensqualität • Toxicity/Adverse events	
11.	Was ist die Wirksamkeit von Benzodiazepinen im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Linderung von Atemnot bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	11.1.	Erwachsene Patienten mit mind. einer der folgenden Erkrankungen: • Krebs • COPD • ALS • Chronische Herzinsuffizienz • Interstitielle Lungenerkrankungen	Benzodiazepine	Placebo oder anderen medikamentösen Therapien	• Atemnot-Intensität • Coping/Mastery • Exercise capacity • Lebensqualität • Toxicity/Adverse events	
Fatigue							
12.	Was ist die Wirksamkeit von jeglichen medikamentösen Therapien im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?	12.1.	Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankung und Fatigue, N ≥ 50	Jegliche medikamentöse Therapie	Placebo (medikamentös, nicht-medikamentös), Sham-Behandlung oder Behandlung im Vergleich zu keiner Behandlung (z. B. Warteliste-Kontrolle, Standard-Behandlung)	Patientenberichtete Fatigue mit validierten Instrumenten	S. ASCO-Leitlinie
13.	Was ist die Wirksamkeit von jeglichen nicht-medikamentösen Therapien im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?	13.1.	Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren, fortgeschrittenen Krebserkrankung und Fatigue, N ≥ 50	Jegliche medikamentöse Therapie	Placebo (medikamentös, nicht-medikamentös), Sham-Behandlung oder Behandlung im	Patientenberichtete Fatigue mit validierten Instrumenten	S. ASCO-Leitlinie

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
					Vergleich zu keiner Behandlung (z. B. Warteliste-Kontrolle, Standard-Behandlung)		
14.	Was ist die Wirksamkeit von körperlichem Training im Vergleich zu Placebo oder jeglichen anderen Therapieformen zur Behandlung von Fatigue bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung vor?	14.1.	Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Fatigue	körperliches Training	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Fatigue	
Schlafstörungen							
15.	Was ist die Wirksamkeit von Z-Substanzen im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien auf objektive und subjektive Schlafparameter bei Patienten mit Insomnie und einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	15.1.	Erwachsene Patienten mit einer Schlafstörung Ausschluss: Schlafstörungen nach erfolgreicher Krebstherapie, post-operative und hot-flushes-induzierte Schlafstörungen	Z-Substanzen	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Objektive und subjektive Schlafparameter	
Übelkeit und Erbrechen							
16.	Was ist die Wirksamkeit von 5HT3-Antagonisten, NK-1-Antagonisten, Cannabinoiden und Olanzapin im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung von Übelkeit u/o Erbrechen bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	16.1.	Erwachsene Patienten mit einer Krebserkrankung und Übelkeit und/oder Erbrechen (nicht tumortheraPIeinduziert)	5HT3-Antagonisten, NK-1-Antagonisten, Cannabinoide	Placebo, jegliche andere Therapieform oder keine Therapie	Intensität und Dauer der Übelkeit; Frequenz und Volumen des Erbrechens	RCTs, CCTs
		16.2.	Erwachsene Patienten mit einer Krebserkrankung und Übelkeit und/oder Erbrechen (nicht tumortheraPIeinduziert)	Olanzapin	Placebo, jegliche andere Therapieform oder keine Therapie	Intensität und Dauer der Übelkeit; Frequenz und Volumen des Erbrechens	RCTs, CCTs

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
Angst							
17.	Was ist die Wirksamkeit von Psychedelika und Ketamin im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung einer Angstsymptomatik bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	17.1.	Erwachsene Patienten mit einer nicht-heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung und Angst	Psychedelika	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Belastung durch Angst	SysRev von RCTs
		17.2.	Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Angst	Ketamin	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Belastung durch Angst	RCTs, CCTs
Depression							
18.	Welche Stufen-basierte Therapie der milden, moderaten und schweren Depression wird empfohlen?	18.1.	Erwachsene Patienten mit manifester unipolarer Depression oder Dysthmie	Alle	Alle	Gesamtmortalität, Suizidalität, Symptomatik, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, unerwünschte Ereignisse	S. NVL Depression
19.	Was ist die Wirksamkeit von Ketamin, Psychostimulanzien und Psychedelika im Vergleich zu Placebo oder anderen medikamentösen Therapien für die Behandlung von Depression bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	19.1.	Erwachsene Patienten mit Depression und einer Krebserkrankung	Psychostimulanzien	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Depression	RCTs, CCTs
		19.2.	Erwachsene Patienten mit Depression und einer Krebserkrankung	Ketamin	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Depression	RCTs, CCTs
		19.3.	Erwachsene Patienten mit Depression und einer Krebserkrankung	Psychedelika	Placebo oder jegliche andere Therapieform	Depression	Systematic Reviews von RCTs/CCTs
Spiritualität							
20.	Wie häufig sind spirituelle Bedürfnisse bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	20.1.	Erwachsene Patienten mit einer einer	-	-	Spiritualität (gemessen mit	Übergreifendes SysRev mit eingeschlossenen RCTs/CCTs,

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
21.	Welcher Einfluss haben spirituelle Belastungen auf PROMs (patient-related outcomes) bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?		lebenslimitierenden Erkrankung, N > 100			validiertem Instrument)	Kohortstudien, Querschnittstudien, deskriptiven Studien
22.	Was ist der Effekt von Qualifizierungsmaßnahmen für das Behandlungsteam im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?						
23.	Wie sollen spirituelle Bedürfnisse bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung thematisiert und erfasst werden?		-	-	-	-	EK
24.	Wie sollen spirituellen Bedürfnissen von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung begegnet werden?		-	-	-	-	EK
25.	Was ist der Effekt von spirituellen Interventionen auf patientenbezogenen Outcomes bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung?	25.1.	Erwachsene Patienten mit der Diagnose einer nicht-heilbaren Erkrankung, die spezialisierte Palliativversorgung erhalten	„Spiritual care“-Intervention, wobei 1) ein spirituelles Konstrukt enthalten ist (z.B. religiöser Glaube, Würdetherapie, Biographiearbeit (life review), und 2) das Ziel der Intervention definiert ist (z.B. spirituelles Wohlbefinden, Hoffnung, Lebenssinn verbessern)	Alle	Mindestens ein spirituelles/existenzielles Konstrukt in Bezug auf Lebensqualität, emotionale Symptome, Leiden, Wohlbefinden, Hoffnung und Lebenssinn unter Verwendung eines validierten Fragebogens	Übergreifende Suche nach SysRev
Todeswünsche							
26.	Welche Evidenz liegt vor zu Todeswünschen bei Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	26.1.	Erwachsene Patienten mit Todeswunsch oder mit Suizidalität und einer nicht heilbaren Krebserkrankung	Erfassung von Todeswünschen; Umgang mit Todeswünschen;	-	Bei Erfassung: Validität/Reliabilität, Sensitivität/Spezifität von	Übergreifende Suche

Nr.	Schlüsselfrage	PICO-Nr	Population	Intervention	Komparator	Outcome	Anmerkung
				Deskriptive Charakterisierung von Todeswünschen		Erfassungsinstrumenten; Bei Umgang mit Todeswunsch: Steigerung, Minderung oder weitere Änderung der Suizidgedanken bzw. des Todeswunsches; Deskriptive Daten zum Thema Todeswunsch	
27.	Was ist der Effekt des proaktiven Thematisierens von Suizidgedanken oder Todeswunsch im Rahmen eines Screening- oder Assessment-Verfahrens oder eines klinischen Interviews auf Suizidgedanken, Todeswunsch, oder psychologischen Distress von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	27.1.	Erwachsene Patienten mit potentieller Suizidalität	Proaktives Thematisieren von Suizidgedanken im Rahmen eines Screening- oder Assessment-Verfahren	Kein proaktives Ansprechen	Steigerung, Minderung oder weitere Änderung der Suizidgedanken; distress	RCTs, CCTs
		27.2.	Erwachsene Patienten in der Palliativsituation mit einem potentiellen Todeswunsch	Proaktives Thematisieren von Todeswunsch im Rahmen eines Screening- oder Assessment-Verfahren oder eines klinischen Interviews	Kein proaktives Ansprechen	Steigerung, Minderung oder weitere Änderung des Todeswunsches; distress	Interventionelle Studien, Beobachtungs und Querschnittstudien
28.	Was ist die Wirksamkeit von jeglichen therapeutischen Interventionen im Vergleich zu anderen Therapieformen für die Betreuung von Patienten mit Todeswünschen und einer nicht heilbaren Krebserkrankung?	28.1.	Erwachsene Patienten mit einer Krebserkrankung oder in der Palliativsituation sowie mit potentieller Suizidalität oder einem potentiellen Todeswunsch	Alle	Alle	Minderung der Belastung durch einen Todeswunsch/ durch Suizidalität	RCTs, CCTs

10.3. Recherchen, Auswahl der Literatur und Evidenztabellen

Die Evidenztabellen sind in einem separaten Dokument abgebildet.

10.3.1. Versorgungsstrukturen: Übergreifende Suche

(Pico 1.1)

Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie (2026) wurde eine übergreifende Recherche nach SysRev aktualisiert, um SysRev zu identifizieren, die die Spezialisierte Palliativversorgung als Intervention untersuchen. Diese wird definiert als Mehrkomponenten-Angebot, das in einzelnen Strukturen - Palliativstation, PMD, SAPV, Hospiz, Tagesklinik – oder strukturenübergreifend (z.B. im Rahmen einer Frühintegration) erbracht wird.

10.3.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	07.04.2025	07.04.2025
	Treffer	1346	106
Suchstrategie		1. Exp Bereavment/ 2. exp Terminal Care/ 3. exp Hospices/ 4. exp Palliative Care/ 5. exp Terminally Ill/ 6. exp Death/ 7. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminally ill" or "end of life" or "end-of-life").mp. 8. or/1-7 9. exp Hospitalization/ 10. exp Inpatients/ 11. Hospital Units/ 12. Hospitals/ 13. (hospital\$ or inpatient\$ or in-patient\$ or PCU\$ or SPCU\$ or "palliative care unit\$").mp. 14. or/9-13 15. exp Home Care Services/ 16. exp Home Care Agencies/ 17. exp Mobile Health Units/ 18. exp Ambulatory Care/ 19. exp Outpatients/ 20. exp Ambulatory Care Facilities/ 21. exp Day Care/ 22. (home\$ or in-home or domicile or outreach or residential or housing or posthospital or post-hospital or communit\$ or mobile or "door to door" or ambulant\$ or ambulator\$ or outpatient\$ or out-patient\$ or "day care").mp. 23. or/15-22 24. exp Nursing Homes/ 25. exp Homes for the Aged/ 26. ("nursing adj2 home\$" or "home\$ for the aged" or "old age home\$").mp. 27. or/24-26 28. exp Hospices/ 29. hospice\$.mp. 30. or/28-29 31. exp neoplasms/ 32. exp cancerare Facilities/ 33. exp oncology service Hospital/ 34. exp medical oncology/ 35. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 36. Or/ 31-35 37. 14 or 23 or 27 or 30 38. Cochrane database of systematic reviews.jn 39. Search*.tw 40. Meta analysis.pt. 41. Medline.tw 42. Systematic review.tw. 43. Systematic review.pt 44. Or/32-37 45. 8 and 36 and 37 and 44 limit 45 to yr="2012 -Current"	#1. MeSH descriptor Bereavement explode all trees #2. MeSH descriptor Terminal Care explode all trees #3. MeSH descriptor Hospices explode all trees #4. MeSH descriptor Palliative Care explode all trees #5. MeSH descriptor Terminally Ill explode all trees #6. MeSH descriptor Death, this term only #7. (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7) #8. from 2012 to 2025 [in: Cochrane Reviews, Other Reviews]

10.3.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abziehend e Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1452
Screening			
Duplikate		21	1431
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		1340	91
Eligibility (Sichtung der Volltexte)			
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Mischpopulation (Krebs und andere Diagnose) eingeschlossen (keine Angehörige)	18	73
	E2. Intervention: Intervention: palliative Mehrkomponente-Intervention (Interventionen mit einer einzigen Komponente – z.B. Morphintherapie, ACP (advance care planning) – sind nicht eingeschlossen), die früh im Versorgungsverlauf angeboten bzw. durchgeführt wird („earlyintegration“) und/oder die Komplexität der Patientensituation als Indikation für die Durchführung der Intervention voraussetzen	16	57
	E3. Outcome: Prozess- u/o. Ergebnisqualitätskriterien	1	56
	E4. Studientyp: SysRev u/o Metaanalyse (von RCT/CCT)	21	35
	E5. Zeitlimit: 2018-2025 (Update)	24	11
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	-	
	A2. Doppelpublikation oder alte Version eines aktualisierten SysRev		
Gesamt ausgeschlossene Volltexte			
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			11
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamt eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			11

10.3.2. Kommunikation: Advance Care Planning

(PICO 2.1)

Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie (2026) wurde eine systematische Recherche nach Systematic Reviews und Metaanalysen zur Frage des Effekts von Advanced Care Planning (ACP; Dt.: Vorausschauende Versorgungsplanung) durchgeführt. Die

Ergebnisse zeigten das bereits eine ausreichende Evidenz zu ACP besteht, und somit wurde keine ergänzende systematische Recherche nach Primärstudien durchgeführt.

10.3.2.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Cochrane Library	PsycInfo
Suche	Datum	03.12.2024	03.12.2024	03.12.2024
	Treffer	157	5	88
Suchstrategie		- expneoplasms/ (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. - exp Cancer Care Facilities/ - expOncology Service, Hospital/ - exp Medical Oncology/ 1 or 2 or 3 or 4 or 5 - exp Advance Care Planning/ - expResuscitation Orders/ ("resuscitation order\$" or DNR or "do not resuscitate" or "do-not-resuscitate" or "advance directive\$" or "advanced directive\$" or "advance care plan\$" or "advanced care plan\$" or "living will\$" or "end-of-life decision\$" or "end-of-life conversation\$" or "end-of-life discussion\$" or "end of life decision\$" or "end of life conversation\$" or "end of life discussion\$").mp. 7 or 8 or 9 6 and 10 - Cochrane database of systematic reviews.jn. - Search*.tw. - Meta analysis.pt. - Medline.tw - Systematic review.tw - Systematic review.pt. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 oer 17 11 and 18	- MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees - MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees - MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees - MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees - cancer* or malign* or carcino* or neoplasm* or tumor* or tumour*: ti,ab,kw #1 or #2 or #3 or #4 or #5 - MeSH descriptor: [Advance Care Planning] explode all trees - MeSH descriptor: [Rsuscitation Orders] explode all trees ("resuscitation order*" or DNR or "do not resuscitate" or "do-not-resuscitate" or "advance directive*" or "advanced directive*" or "advance care plan*" or "advanced care plan*" or "living will*" or "end-of-life decision*" or "end-of-life conversation*" or "end-of-life discussion*" or "end of life decision*" or "end of life conversation*" or "end of life discussion*"): ti,ab,kw #7 or #8 or #9 #6 and #10 #11 [Reviews]	- expneoplasms/ (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. - exp Oncology/ 1 or 2 or 3 - exp Treatment Planning/ or exp AdvanceDirectives/ ("resuscitation order\$" or DNR or "do not resuscitate" or "do-not- resuscitate" or "advance directive\$" or "advanced directive\$" or "advance care plan\$" or "advanced care plan\$" or "living will\$" or "end-of-life decision\$" or "end-of-life conversation\$" or "end-of-life discussion\$" or "end of life decision\$" or "end of life conversation\$" or "end of life discussion\$").mp. 5 or 6 4 and 7 (metasynthesis or "systematic review").md. or "Systematic Review"/ or "systematic reviews as topic".mh. or ("Cochrane Database of Systematic Reviews" or evidence report technology assessment or evidence report technology assessment summary).jn. or (((comprehensive or comprehensively) adj (analysis or review or reviewed)) or ((literature or scoping) adj (search or searches)).ti,ab,id. not "narrative review".ti.) and (database or databases or cinahl or cochrane or embase or psycinfo or pubmed or medline or scopus or (web adj1 science) or ((bibliographic or literature) adj (review or reviews)) or (((electronic adj (database or databases)) or (databases adj3 searched)) and (eligibility or excluded or exclusion or included or inclusion))).ti,ab,id.) or (((comparative adj effectiveness) and (effectiveness adj review)) or ((critical adj interpretive) and ((interpretive adj review) or (interpretive adj synthesis))).ti,ab,id. or ((diagnostic adj test) and ((accuracy adj review) or (accuracy adj reviews) or (accuracy adj studies) or (accuracy adj study)) and (meta-analysis or scoping or systematic).ti,ab,id. or ((evidence adj assessment) and GRADE).ti,ab,id. or ((evidence adj2 gap) and (gap adj map)).ti,ab,id. or ((evidence adj mapping) or (evidence adj review) or (exploratory adj review) or (framework

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Cochrane Library	PsycInfo
			adj synthesis) or (mapping adj review)).ti,ab,id. or ((meta adj (epidemiological or ethnographic or ethnography or interpretation or narrative or review or study or synthesis or summary or theory)) or metaethnographic or metaethnography or metasynthesis).ti,ab,id. or ((methodological or methodology) adj1 review).ti,ab,id. or ((mixed adj methods) and (methods adj1 (review or synthesis))).ti,ab,id. or ((narrative adj1 synthesis) or (overview adj4 reviews) or ("PRISMA" adj4 (guideline or guidelines or preferred or reporting or requirements)) or (PRISMA adj "P")).ti,ab,id. or (((prognostic or psychometric) adj1 review) or ((qualitative adj (evidence or research)) and ((evidence or research) adj synthesis))).ti,ab,id. or (((rapid adj evidence) and (evidence adj assessment)) or (rapid adj realist) or (rapid adj2 (review or reviews)) or (realist adj2 (review or reviews or syntheses or synthesis))).ti,ab,id. or (((review adj economic) and (economic adj1 (evaluation or evaluations))) or ((scoping or systematic) adj2 (review or reviews or studies or study))).ti,ab,id. or ((review adj1 reviews) or ((systematic adj evidence) and (evidence adj map)) or (systematic adj2 mapping) or (systematic adj2 literature) or (systematic adj2 (Embase or Medline or PsycInfo or PubMed)) or (systematic adj2 (review or reviews)) or ((systematical or systematically) adj2 (review or reviewed reviews)) or (systematically adj identified) or (systematized adj review) or (umbrella adj (review or reviews))).ti,ab,id. or "Meta-Analysis".md. or "meta-analysis"/ or "meta-analysis as topic".mh. or "Network Meta-Analysis".mh. or (meta adj2 (analyse or analyser or analyses or analysis or analytic or analytical or analytics or analyze or analyzed or analyzes)).ti,ab,id. or (metaanalyse or Metaanalysen or metaanalyser or metaanalyses or metaanalysis* or metaanalytic or metaanalytical or metaanalytics or metaanalyze or metaanalyzed or metaanalyzes).ti,ab,id. or (network adj1 (meta or metaanalyses or metaanalysis or metaregression)).ti,ab,id. or (systematic and ((meta adj regression) or metagression)).ti,ab,id. #10. 8 and 9
Sentinel papers: Levoy et al 2023 [4]			

10.3.2.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			250
Screening			
Duplikate		34	216
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		197	19
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit einer fortgeschrittenen (Krebs)erkrankung	-	
	E2. Intervention: Advance Care Planning im Sinne einer professionellen Gesprächsbegleitung zu Themen der gesundheitlichen Vorausplanung	10	
	E3. Outcome: <i>patientreported outcomes</i> , wie zum Beispiel psychische Gesundheit, Lebensqualität, Informationsbedarf, Präferenz orientierter medizinischer Versorgung	1	
	E3. Studientyp: Metaanalysen, Systematic Reviews von RCTs	4	
Ausschlusskriterien A	A1. Patientenverfügung/Betreuungsverfügung ohne Gespräch	-	
	A2. Studien, in denen ausschließlich Patienten < 18 Jahren eingeschlossen wurden	-	
Gesamtausgeschlossene Volltexte		18	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			2
Gesamteeingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			3

10.3.3. Angehörige

Im Rahmen der Aktualisierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin wurde das Thema „Angehörige“ erstmals als eigenständiges Kapitel aufgenommen. Es wurde eine übergreifende Recherche nach Systematic reviews durchgeführt. Anschließend wurden die identifizierten SysRev nach unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt und bestimmten Themen zugeordnet. Diese Kriterien werden zusammen mit den PRISMA-Charts unter „Auswahl der Evidenz“ aufgelistet.

10.3.3.1. Suchstrategie der übergreifenden Suche

Datenbank		Medline (über PubMed)	PsychInfo (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	01.04.2025	01.04.2025	01.04.2025
	Treffer	719	267	35
Suchstrategie		1. exp neoplasms/ 2. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 3. exp Cancer Care Facilities/ 4. exp Oncology Service, Hospital/ 5. exp Medical Oncology/ 6. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 7. cochrane database of systematic reviews.jn. 8. search*.tw. 9. meta analysis.pt. 10. medline.tw. 11. systematic review.tw. 12. systematic review.pt. 13. 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. exp Terminal Care/ 15. exp Hospices/ 16. exp Palliative Care/ 17. exp Terminally Ill/ 18. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 19. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 20. 6 and 13 and 19 21. exp family/ 22. (family or families or parent\$2 or mother? or father? or friend? or relative? or spous\$2 or partner? or husband? or wife or wives or child or children or grandchild* or son? or daughter? or offspring? or sibling? or brother? or sister?).tw. and (care* or caring).mp. 23. caregivers/ 24. (carer* or caregiv* or care giv*).tw. 25. exp home nursing/ 26. friends/ 27. (friend? or significant other?).ti,ab,kw. 28. exp home nursing/ 29. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 30. 20 and 29	1. (((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or ((meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or (information or data)) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*).ti,ab,id. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. 2. exp Neoplasms/ 3. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures, mesh word] 4. exp Oncology/ 5. 2 or 3 or 4 6. exp Palliative Care/ 7. exp Terminally Ill/ 8. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 9. 6 or 7 or 8 10. exp Family/ 11. (family or families or parent\$2 or mother? or father? or friend? or relative? or spous\$2 or partner? or husband? or wife or wives or child or children or grandchild* or son? or daughter? or offspring? or sibling? or brother? or sister?).tw. and (care* or caring).mp. 12. exp Caregivers/ 13. (carer* or caregiv* or "care giv*).tw. 14. exp Friends/ 15. (friend\$ or "significant other\$").tw. 16. 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 17. 1 and 5 and 9 and 16	#1. Neoplasms [MeSH] #2. (cancer\$ OR malignan\$ OR carcino\$ OR neoplasm\$ OR tumor\$ OR tumour\$ OR oncolog\$).mp. #3. Cancer Care Facilities [MeSH] #4. Oncology Service, Hospital [MeSH] #5. Medical Oncology [MeSH] #6. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 #7. Terminal Care [MeSH] #8. Hospices [MeSH] #9. Palliative Care [MeSH] #10. Terminally Ill [MeSH] #11. (palliativ\$ OR hospice\$ OR "terminal care" OR "terminally ill" OR dying OR "end of life" OR "end-of-life").mp. #12. 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 #13. Caregivers [MeSH] #14. (carer OR caregiv OR care giv*).tw.** #15. Home Nursing [MeSH] #16. Friends [MeSH] #17. (friend? OR "significant other?").ti,ab,kw. #18. Home Nursing [MeSH] #19. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 #20. 6 and 12 and 19 #21. in Reviews

10.3.3.2. Auswahl der Evidenz

10.3.3.2.1. Unterstützung von Angehörigen im Erkrankungsverlauf:
Psychoedukative Unterstützung
(PICO 3.1, 6.1)

Auswahl der Evidenz (Psychoedukative Unterstützung)		Abzuziehend e Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1021
Screening			
Duplikate		184	837
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		785	52
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Angehörige von Patienten mit nicht-heilbarer Krebserkrankung/Krebs in der Palliativsituation	4	
	E2. Studientyp: SysRev von RCTs/quasi-experimentelle Studien oder Metaanalysen	11	
	E3. Intervention: (Psycho)-edukative Unterstützung	16	
	E4. Outcome: Angehörige-bezogene Outcomes	2	
Ausschlusskriterien A	A1. SysRev ist älter 10J.	16	
	A2. SPV als Intervention		
Gesamteausgeschlossene Volltexte		49	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			3
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche (Yan Q et al., 2024)			1
Gesamteeingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabellen)			4

10.3.3.2.1. Unterstützung von Angehörigen im Erkrankungsverlauf: Begleitung im Sterbeprozess

(PICO 3.1, 7.1)

Auswahl der Evidenz (Begleitung im Sterbeprozess)		Abziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1021
Screening			
Duplikate		184	837
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		785	52
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Angehörige von Patienten mit nicht-heilbarer Krebserkrankung/Krebs in der Palliativsituation	5	
	E2. Studientyp: SysRev oder Metaanalysen	7	
	E3. Intervention: (Psycho)-edukative Unterstützung, Deskriptive Risikofaktoren/Determinanten der Trauererfahrung (während und vor dem Sterbeprozess)	12	
	E4. Outcome: Angehörige-bezogene Outcomes	9	
Ausschlusskriterien A	A1. SysRev ist älter 10J.	16	
	A2. SPV als Intervention	-	
Gesamteausgeschlossene Volltexte		49	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			3
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamteeingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			3

10.3.3.2.1. Unterstützung von Angehörigen nach Versterben der Patienten (PICO 3.1, 8.1)

Auswahl der Evidenz (Begleitung in Trauer nach dem Tod)		Abzuziehend e Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1021
Screening			
Duplikate		184	837
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		785	52
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Angehörige von Patienten mit nicht-heilbarer Krebserkrankung/Krebs in der Palliativsituation	5	
	E2. Studientyp: SysRev oder Metaanalysen	7	
	E3. Intervention: (Psycho)-edukative Unterstützung, Deskriptive Risikofaktoren/Determinanten der Trauererfahrung (Trauer nach dem Tod)	19	
	E4. Outcome: Angehörige-bezogene Outcomes	3	
Ausschlusskriterien A	A1. SysRev ist älter 10J.	16	
	A2. SPV als Intervention	-	
Gesamtausgeschlossene Volltexte		50	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			2
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamteeingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			2

10.3.4. Atemnot

10.3.4.1. Nicht-medikamentöse Verfahren (PICO 9.1)

Da die AG Atemnot Wissen über relevante Reviews zum Thema Atemtechniken für die Linderung von Atemnot bei Patient*innen in der Palliativsituation hatten, wurde 2025 ein Update der Recherche der vorherigen Jahre gemacht, jedoch mit dem spezifischen Fokus auf Atemtechniken. Hierbei wurde eine Suchstrategie entsprechend der Arbeit von Burge et al 2024 [5] entwickelt. In der Recherche wurde ein Systematic Review aus

dem Jahr 2019 identifiziert [6], und in der Folge wurde eine Primärstudienuche von 2019 bis 2025 durchgeführt.

10.3.4.1.1. Suchstrategie für SysRev

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	21.06.2025	21.06.2025	22.06.2025
	Treffer	23	66	179
Suchstrategie		- exp Dyspnea/ - dyspn\$.mp. (breathing adj3 labour\$).mp. - breathless\$.mp. - shortness of breath.mp. - breathing difficult\$.mp. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 - exp neoplasms/ (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. - exp Cancer Care Facilities/ - exp Oncology Service, Hospital/ - exp Medical Oncology/ 8 or 9 or 10 or 11 or 12 - cochrane database of systematic reviews.jn. - search*.tw. - meta analysis.pt. - medline.tw. - systematic review.tw. - systematic review.pt. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 - breathing exercises/ or qigong/ (Buteyko or Pranayam* or yoga* or papworth technique or papworth method* or breathing gymnastics or qigong or "ch'i kung" or "qi gong" or breathwork or breath work or holotropic breathing).mp. (breath* adj3 (exercise* or train* or educat* or retrain* or reeducat* or technique*)).mp. (breath* adj3 (coaching or guidance or instruction* or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. (respirat* adj (exercise* or training or educat* or retrain* or reeducat* or technique* or coaching or guidance or instruction* or teach* or tutor* or lesson* or reskill* or workshop* or work-shop* or drills)).mp. ((pursed lip* or diaphragmatic or yogic or deep or slow or relaxation or relaxed) adj (breathing or respiration)).mp. (Breathing control or respiration control or breathing man?uvers or breathing man?uvres).mp.	- exp Dyspnea/ - dyspn\$.mp. (breathing adj3 labour\$).mp. - breathless\$.mp. - shortness of breath.mp. - breathing difficult\$.mp. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 - exp neoplasms/ (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. - exp Cancer Care Facilities/ - exp Oncology Service, Hospital/ - exp Medical Oncology/ 8 or 9 or 10 or 11 or 12 - cochrane database of systematic reviews.jn. - search*.tw. - meta analysis.pt. - medline.tw. - systematic review.tw. - systematic review.pt. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 - breathing exercises/ or qigong/ (Buteyko or Pranayam* or yoga* or papworth technique or papworth method* or breathing gymnastics or qigong or "ch'i kung" or "qi gong" or breathwork or breath work or holotropic breathing).mp. (breath* adj3 (exercise* or train* or educat* or retrain* or reeducat* or technique*)).mp. (breath* adj3 (coaching or guidance or instruction* or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. (respirat* adj (exercise* or training or educat* or retrain* or reeducat* or technique* or coaching or guidance or instruction* or teach* or tutor* or lesson* or reskill* or workshop* or work-shop* or drills)).mp.	- MeSH descriptor Dyspnea explode all trees - dyspn*:ti,ab,kw (breathing near/3 labo?r*):ti,ab,kw - breathless*:ti,ab,kw (short* near/2 breath):ti,ab,kw - breathing difficult*:ti,ab,kw #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 - MeSH descriptor: [Breathing Exercises] explode all trees - MeSH descriptor: [Qigong] explode all trees (Buteyko OR Pranayam* OR yoga* OR papworth technique OR papworth method* OR breathing gymnastics OR qigong OR "ch'i kung" OR "qi gong" OR breathwork OR breath work OR holotropic breathing) (breath* adj3 (exercise* OR train* OR educat* OR retrain* OR reeducat* OR technique*)) (breath* adj3 (coaching OR guidance OR instruction* OR teach* OR taught OR tutor* OR lesson* OR learn* OR upskill* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR course* OR class* OR seminar* OR drills)) (respirat* adj (exercise* OR training OR educat* OR retrain* OR reeducat* OR technique* OR coaching OR guidance OR instruction* OR teach* OR tutor* OR lesson* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR drills)) (pursed lip* OR diaphragmatic OR yogic OR deep OR slow OR relaxation OR relaxed) adj (breathing OR respiration) - Breathing control OR respiration control OR breathing maneuvers OR breathing manoeuvres (control* adj3 breath* adj5 (coaching OR coached OR educat* OR guidance OR

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	28. (control* adj3 breath* adj5 (coaching or coached or educat* or guidance or instruction* or practi#e* or practi#ing or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 29. ((breath* or respiratory) adj5 (physiotherap* or physical therap* or chest physiotherap* or chest physical therap*)).mp. 30. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback)).mp. 31. (Ventilat* feedback or Ventil* biofeedback or Ventil* feed-back or Ventil* biofeedback).mp 32. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback or bio feed back or feedback)).mp. 33. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 34. 7 and 13 and 22 and 33 35. limit 34 to yr="2012 - current"	26. ((pursed lip* or diaphragmatic or yogic or deep or slow or relaxation or relaxed) adj (breathing or respiration)).mp. 27. (Breathing control or respiration control or breathing man?uvers or breathing man?uvres).mp. 28. (control* adj3 breath* adj5 (coaching or coached or educat* or guidance or instruction* or practi#e* or practi#ing or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 29. ((breath* or respiratory) adj5 (physiotherap* or physical therap* or chest physiotherap* or chest physical therap*)).mp. 30. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback)).mp. 31. (Ventilat* feedback or Ventil* biofeedback or Ventil* feed-back or Ventil* biofeedback).mp 32. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback or bio feed back or feedback)).mp. 33. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 34. 7 and 13 and 22 and 33 35. limit 34 to yr="2012 - current"	instruction* OR practi#e* OR practi#ing OR teach* OR taught OR tutor* OR lesson* OR learn* OR upskill* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR course* OR class* OR seminar* OR drills)) #17. (breath* OR respiratory) adj5 (physiotherap* OR physical therap* OR chest physiotherap* OR chest physical therap*) #18. (breath* adj2 pattern) AND (computeri#ed feedback OR biofeedback) #19. (Ventilat* AND (feedback OR biofeedback OR feed-back)) #20. (breath* adj2 pattern) AND (computeri#ed feedback OR biofeedback OR bio feed back OR feedback) #21. #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 #22. MeSH descriptor Neoplasms explode all trees #23. (cancer* OR malignan* OR carcino* OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR oncolog*) #24. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #25. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #26. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees #27. #22 or #23 or #24 or #25 or #26 #28. #7 and #21 and #27 In Reviews Data Range 2012-current

10.3.4.1.2. Auswahl der SysRev

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			268
Screening			
Duplikate		31	237
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		215	22
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit mind. einer der folgenden Erkrankungen: Krebs, COPD, ALS, Chronische Herzinsuffizienz, Interstitielle Lungenerkrankungen	3	
	E2. Intervention: Atemübungen	11	
	E3. Outcomes: Atemnotlinderung	2	
	E3. Studientyp: SysRev von RCTs/CCTs	5	
	E4. Publikationsdatum: 2012-2025	-	
	E5. Englisch oder deutsch	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract	-	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		21	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.4.1.1. Suchstrategie nach Primärstudien

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	21.06.2025	21.06.2025	22.06.2025
	Treffer	47	166	60
Suchstrategie		1. exp randomized controlled trial/ 2. controlled clinical trial.pt. 3. randomized.ab. 4. placebo.ab. 5. drug therapy.fs. 6. randomly.ab. 7. trial.ab. 8. groups.ab. 9. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 10. exp animals/ not humans.sh. 11. 9 not 10 12. exp dyspnea/ 13. dyspn\$.mp. 14. (breathing adj3 labour\$.mp. 15. breathless\$.mp. 16. shortness of breath.mp. 17. breathing difficult\$.mp. 18. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	1. exp dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$.mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 8. exp neoplasms/ 9. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$.mp. 10. exp Cancer Care Facilities/ 11. exp Oncology Service, Hospital/ 12. exp Medical Oncology/ 13. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. breathing exercises/ or qigong/ 15. (Buteyko or Pranayam* or yoga* or papworth technique or papworth method* or breathing gymnastics or qigong or "ch'i kung" or "qi	#1. MeSH descriptor: [Dyspnea] explode all trees #2. dyspn\$ #3. (breathing adj3 labour\$) #4. breathless\$ #5. shortness of breath #6. breathing difficult\$ #7. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 #8. MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #9. (cancer\$ OR malignan\$ OR carcino\$ OR neoplasm\$ OR tumor\$ OR tumour\$ OR oncolog\$) #10. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #11. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #12. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	19. exp neoplasms/ 20. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 21. exp Cancer Care Facilities/ 22. exp Oncology Service, Hospital/ 23. exp Medical Oncology/ 24. 19 or 20 or 21 or 22 or 23 25. breathing exercises/ or qigong/ 26. (Buteyko or Pranayam* or yoga* or papworth technique or papworth method* or breathing gymnastics or qigong or "ch'i kung" or "qi gong" or breathwork or breath work or holotropic breathing).mp. 27. (breath* adj3 (exercise* or train* or educat* or retrain* or reeducat* or technique*)).mp. 28. (breath* adj3 (coaching or guidance or instruction* or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 29. (respirat* adj (exercise* or training or educat* or retrain* or reeducat* or technique* or coaching or guidance or instruction* or teach* or tutor* or lesson* or reskill* or workshop* or work-shop* or drills)).mp. 30. ((pursed lip* or diaphragmatic or yogic or deep or slow or relaxation or relaxed) adj (breathing or respiration)).mp. 31. (Breathing control or respiration control or breathing man?uvres or breathing man?uvres).mp. 32. (control* adj3 breath* adj5 (coaching or coached or educat* or guidance or instruction* or practi#e* or practi#ing or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 33. ((breath* or respiratory) adj5 (physiotherap* or physical therap* or chest physiotherap* or chest physical therap*)).mp.	gong" or breathwork or breath work or holotropic breathing).mp. 16. (breath* adj3 (exercise* or train* or educat* or retrain* or reeducat* or technique*)).mp. 17. (breath* adj3 (coaching or guidance or instruction* or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 18. (respirat* adj (exercise* or training or educat* or retrain* or reeducat* or technique* or coaching or guidance or instruction* or teach* or tutor* or lesson* or reskill* or workshop* or work-shop* or drills)).mp. 19. ((pursed lip* or diaphragmatic or yogic or deep or slow or relaxation or relaxed) adj (breathing or respiration)).mp. 20. (Breathing control or respiration control or breathing man?uvres or breathing man?uvres).mp. 21. (control* adj3 breath* adj5 (coaching or coached or educat* or guidance or instruction* or practi#e* or practi#ing or teach* or taught or tutor* or lesson* or learn* or upskill* or reskill* or workshop* or work-shop* or course* or class* or seminar* or drills)).mp. 22. ((breath* or respiratory) adj5 (physiotherap* or physical therap* or chest physiotherap* or chest physical therap*)).mp. 23. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback)).mp. 24. (Ventilat* feedback or Ventil* biofeedback or Ventil* feed-back or Ventil* biofeedback).mp. 25. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback or bio feed back or feedback)).mp. 26. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 27. exp randomized controlled trial/ 28. controlled clinical trial/ 29. random\$.ti,ab. 30. randomization/ 31. intermethod comparison/ 32. placebo.ti,ab.	#13. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 #14. MeSH descriptor: [Breathing Exercises] explode all trees #15. MeSH descriptor: [Qigong] explode all trees #16. (Buteyko OR Pranayam* OR yoga* OR papworth technique OR papworth method* OR breathing gymnastics OR qigong OR "ch'i kung" OR "qi gong" OR breathwork OR breath work OR holotropic breathing) #17. (breath* adj3 (exercise* OR train* OR educat* OR retrain* OR reeducat* OR technique*)) #18. (breath* adj3 (coaching OR guidance OR instruction* OR teach* OR taught OR tutor* OR lesson* OR learn* OR upskill* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR course* OR class* OR seminar* OR drills)) #19. (respirat* adj (exercise* OR training OR educat* OR retrain* OR reeducat* OR technique* OR coaching OR guidance OR instruction* OR teach* OR tutor* OR lesson* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR drills)) #20. ((pursed lip* OR diaphragmatic OR yogic OR deep OR slow OR relaxation OR relaxed) adj (breathing OR respiration)) #21. Breathing control OR respiration control OR breathing maneuvers OR breathing manoeuvres #22. (control* adj3 breath* adj5 (coaching OR coached OR educat* OR guidance OR instruction* OR practi#e* OR practi#ing OR teach* OR taught OR tutor* OR lesson* OR learn* OR upskill* OR reskill* OR workshop* OR work-shop* OR course* OR class* OR seminar* OR drills)) #23. ((breath* OR respiratory) adj5 (physiotherap* OR physical therap* OR chest physiotherap* OR chest physical therap*)) #24. ((breath* adj2 pattern) AND (computeri#ed feedback OR biofeedback)) #25. (Ventilat* AND (feedback OR biofeedback OR feed-back)) #26. ((breath* adj2 pattern) AND (computeri#ed feedback OR biofeedback OR bio feed back OR feedback)) #27. #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	34. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback)).mp. 35. (Ventilat* feedback or Ventil* biofeedback or Ventil* feed-back or Ventil* biofeedback).mp. 36. ((breath* adj2 pattern) and (computeri#ed feedback or biofeedback or bio feed back or feedback)).mp. 37. 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 38. 9 and 18 and 24 and 37 39. limit 38 to yr="2019 - current"	33. (compare or compared or comparison).ti,ab. 34. ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. 35. (open adj label).ti,ab. 36. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab. 37. double blind procedure/ 38. parallel group\$1.ti,ab. 39. (crossover or cross over).ti,ab. 40. ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab. 41. (assigned or allocated).ti,ab. 42. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab. 43. (volunteer or volunteers).ti,ab. 44. human experiment/ 45. trial.ti. 46. 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 47. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) 48. cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) 49. ((case adj control\$).mp. and random\$.ti,ab.) not randomi?ed controlled.ti,ab. 50. systematic review.ti,ab. not (trial or study).ti. 51. (non random\$ not random\$.ti,ab. 52. "random field\$.ti,ab. 53. (random cluster adj3 sample\$.ti,ab. 54. (review.ab. and review.pt.) not trial.ti. 55. "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) 56. "update review".ab. 57. (databases adj4 searched).ab. 58. (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 #28. #7 AND #13 AND #27 In trials 2019-2025

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
		rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ 59. animal experiment/ not (human experiment/ or human/) 60. 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 61. 46 not 60 62. 7 and 13 and 26 and 61 63. limit 62 to yr="2019 - current"	

10.3.4.1.2. Auswahl der Primärstudien

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			273
Screening			
Duplikate		49	225
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		216	9
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit mind. einer der folgenden Erkrankungen: Krebs, COPD, ALS, Chronische Herzinsuffizienz, Interstitielle Lungenerkrankungen	1	
	E2. Intervention: Atemübungen	2	
	E3. Outcome: Atemnotlinderung		
	E4. Studientyp: RCTs	5	
	E5. Publikationsdatum: älter als 2017	-	
	E6. Englisch oder deutsch	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract	-	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		8	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.4.2. Medikamentöse Therapie

10.3.4.2.1. Opioide

(PICO 10.1)

Das Cochrane Review von Barnes et al 2016 [7] wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie aktualisiert. Hierbei wurde die Suchstrategie von Barnes et al 2016 angepasst und zunächst eine Recherche nach Systematic Reviews gemacht. Da der neueste Systematic Review aus dem Jahr 2022 stammt (Chow et al. [8]), wurde in einem

zweiten Schritt eine Recherche nach Primärstudien mit der Suchstrategie von Chow et al. ab 2022 durchgeführt. Diese blieb ohne Ergebnisse.

10.3.4.2.1.1. Suchstrategie für SysRev

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	26.11.2024	26.11.2024	26.11.2024
	Treffer	67	226	8
1. Suchstrategie		1. exp dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 8. opioid*.mp. 9. exp analgesics, opioid/ 10. exp methadone/ 11. exp morphinans/ 12. (Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or diamorphine or dihydromorphine or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or meperidine or meptazinol or methadone or morphine or nalbuphine or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pethidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or thebaine or nalbuphine or nalorphine or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or ryanodine).mp. 13. exp Methadyl Acetate/ 14. exp Opiate Alkaloids/ 15. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16. 7 and 15 17. limit 16 to yr="2011 -Current" 18. exp child/ not adult.sh. 19. 17 not 18 20. (erratum or editorial).pt. 21. 19 not 20 22. cochrane database of systematic reviews.jn. 23. search*.tw. 24. meta analysis.pt. 25. medline.tw. 26. systematic review.tw. 27. systematic review.pt.	1. exp dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. or/1-6 8. opioid*.mp. 9. exp analgesics, opioid/ 10. exp methadone/ 11. exp morphinans/ 12. (Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or diamorphine or dihydromorphine or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or meperidine or meptazinol or methadone or morphine or nalbuphine or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pethidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or thebaine or nalbuphine or nalorphine or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or ryanodine).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword] 13. exp Methadyl Acetate/ 14. exp Opiate Alkaloids/ 15. or/8-14 16. 7 and 15 17. limit 16 to yr="1999 -Current" 18. exp animal/ not human.sh. 19. exp child/ not adult.sh. 20. 17 not 18 21. 20 not 19 22. (erratum or editorial).pt. 23. 21 not 22	#1. MeSH descriptor: [Dyspnea] explode all trees #2. (dyspn* OR breathless* OR ?shortness of breath OR breathing difficult* OR (breathing NEAR/3 labour*)):ti,ab,kw #3. #1 or #2 #4. MeSH descriptor: [Analgesics, Opioid] explode all trees #5. Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or dihydromorphine or diphenoxylate or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or #6. meperidine or meptazinol or methadone or "methadyl acetate" or morphine or nalbuphine or "opiate alkaloids" or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or diprenorphine or levallorphan or thebaine or nalbuphine or nalorphine or naloxone or naltrexone or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or pilocarpine or monocrotaline or ryanodine or "salsoline alkaloids" or "solanaceous alkaloids" or sparteine or swainsonine or tropanes or "veratrum alkaloids" or xanthines):ti,ab,kw #7. #4 or #5 or #6 #8. #3 and #7

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	28. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27		
	29. 21 and 28		

10.3.4.2.1.1. Auswahl der SysRev

Auswahl der Evidenz		Abziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			301
Screening			
Duplikate		61	236
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		198	22
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer Krebserkrankung	8	
	E2. Intervention und Outcome: Opioide für die Linderung von Atemnot; Atemnot-Intensität als primärer oder sekundärer Outcome	3	
	E3. Kontrolle: Nicht-Opioide oder Placebo	2	
	E3. Studientyp: Sys. Rev.	6	
	E4. Publikationsdatum: ab 2016 (nach Sys. Rev. Barnes et al 2016)	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Abstract oder Zusammenfassung einer an einer anderen Stelle publizierten Studie	0	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		18	
Gesamt eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			4
Gesamt eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			0
Gesamt eingeschlossene Volltexte durch Update (2024) inkl. Handsuche			-
Gesamte eingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			4

10.3.4.2.1.1. Suchstrategie für Primärstudien

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	08.01.2025	08.01.2025	08.01.2025
	Treffer	193	552	187
1. Suchstrategie		1. exp dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 8. opioid*.mp. 9. exp analgesics, opioid/ 10. exp methadone/ 11. exp morphinans/ 12. (Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or diamorphine or dihydromorphine or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or meperidine or meptazinol or methadone or morphine or nalbuphine or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pethidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or thebaine or nalbuphine or naltrexone or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or ryanodine).mp. 13. exp Methadyl Acetate/ 14. exp Opiate Alkaloids/ 15. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16. 7 and 15 17. limit 16 to yr="2011 - Current" 18. exp child/ not adult.sh. 19. 17 not 18 20. (erratum or editorial).pt. 21. 19 not 20 22. exp randomized controlled trial/ 23. controlled clinical trial.pt. 24. randomized.ab. 25. placebo.ab. 26. drug therapy.fs.	1. exp dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. or/1-6 8. opioid*.mp. 9. exp analgesics, opioid/ 10. exp methadone/ 11. exp morphinans/ 12. (Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or diamorphine or dihydromorphine or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or meperidine or meptazinol or methadone or morphine or nalbuphine or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pethidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or thebaine or nalbuphine or naltrexone or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or ryanodine).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword] 13. exp Methadyl Acetate/ 14. exp Opiate Alkaloids/ 15. or/8-14 16. 7 and 15 17. exp animal/ not human.sh. 18. exp child/ not adult.sh. 19. 16 not 17 20. 19 not 20 21. (erratum or editorial).pt. 22. 20 not 21 23. exp randomized controlled trial/ 24. controlled clinical trial/ 25. random\$.ti.ab. 26. randomization/ 27. intermethod comparison/ 28. placebo.ti.ab. 29. (compare or compared or comparison).ti.ab. 30. ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. 31. (open adj label).ti.ab. 32. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti.ab.	#1. MeSH descriptor: [Dyspnea] explode all trees #2. (dyspn* OR breathless* OR ?shortness of breath OR breathing difficult* OR (breathing NEAR/3 labour*)):ti,ab,kw #3. #1 or #2 #4. MeSH descriptor: [Analgesics, Opioid] explode all trees #5. Alfentanil or alphaprodine or buprenorphine or butorphanol or codeine or dextromethorphan or dextromoramide or dextropropoxyphene or dihydromorphine or diphenoxylate or enkephalin or ethylketocyclazocine or ethylmorphine or etorphine or fentanyl or heroin or hydrocodone or hydromorphone or levorphanol or meperidine or meptazinol or methadone or "methadyl acetate" or morphine or nalbuphine or "opiate alkaloids" or opium or oxycodone or oxymorphone or pentazocine or phenazocine or phenoperidine or pirintramide or promedol or sufentanil or tilidine or tramadol or dextrorphan or diprenorphine or levallorphan or thebaine or nalbuphine or naltrexone or naltrexone or noscapine or papaverine or tetrahydropapaveroline or pilocarpine or monocrotaline or ryanodine or "salsoline alkaloids" or "solanaceous alkaloids" or sparteine or swainsonine or tropanes or "veratrum

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	27. randomly.ab. 28. trial.ab. 29. groups.ab. 30. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 31. exp animals/ not humans.sh. 32. 30 not 31 33. 21 and 32	33. double blind procedure/ 34. parallel group\$1.ti.ab. 35. (crossover or cross over).ti.ab. 36. ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti.ab. 37. (assigned or allocated).ti.ab. 38. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti.ab. 39. (volunteer or volunteers).ti.ab. 40. human experiment/ 41. trial.ti. 42. 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 43. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti.ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti.ab. or randomly assigned.ti.ab.) 44. cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti.ab. or control group\$1.ti.ab.) 45. ((case adj control\$).mp. and random\$.ti.ab.) not randomi?ed controlled.ti.ab. 46. systematic review.ti.ab. not (trial or study).ti. 47. (non random\$ not random\$).ti.ab. 48. "random field\$.ti.ab. 49. (random cluster adj3 sample\$).ti.ab. 50. (review.ab. and review.pt.) not trial.ti. 51. "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) 52. "update review".ab. 53. (databases adj4 searched).ab. 54. (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ 55. animal experiment/ not (human experiment/ or human/ 56. 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 57. 42 not 56 58. 22 and 57 59. limit 59 to yr="1999 -Current"	alkaloids" or xanthines):ti,ab,kw #7. #4 or #5 or #6 #8. #3 and #7 [in trial]

10.3.4.2.1.2. Auswahl der Primärstudien

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			932
Screening			
Duplikate		177	755
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		747	8
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer Krebserkrankung	2	
	E2. Intervention: Opioide	2	
	E3. Outcomes: Atemnot-Intensität	1	
	E3. Studientyp: RCTs/CCTs	3	
	E4. Publikationsdatum: ab 2022		
	E5. Englisch oder deutsch		
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract		
Gesamte ausgeschlossene Volltexte			
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			0

10.3.4.2.2. Benzodiazepine

(PICO 11.1)

Das Cochrane Review von Simon et. al. 2016 [9] wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie aktualisiert. Hierbei wurde die Suchstrategie von Simon et. al. 2016 übernommen. Es konnte eine weitere RCT eingeschlossen werden. Diese wurde bereits durch vorangegangene Recherchen der Leitlinie 2019 identifiziert. Somit konnten keine neue Evidenz zur Wirksamkeit von Benzodiazepinen für die Linderung von Atemnot bei der Aktualisierung 2026 identifiziert werden.

10.3.4.2.2.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	26.11.2024	26.11.2024	26.11.2024
	Treffer	67	226	8
1. Suchstrategie		1. exp Dyspnea/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 8. exp randomized controlled trial/ 9. controlled clinical trial.pt.. 10. randomized.ab. 11. placebo.ab. 12. drug therapy.fs. 13. randomly.ab. 14. trial.ab. 15. groups.ab. 16. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 17. exp animals/ not humans.sh. 18. 16 not 17 19. benzodiazepine\$.mp. 20. exp benzodiazepines/ 21. (adinazolam or alprazolam or bentazepam or bromazepam or brotizolam or chlordiazepoxide or cinolazepam or clobazam orclonazepam or clorazepate or clotiazepam or cloxazolam or delorazepam or demoxepam or desmethyldiazepam or diazepam or estazolamor etizolam or etozolam or fludiazepam or flunitrazepam or flurazepam or flutoprazepam or halazepam or haloxazolam or ketazolam orloprazolam or lorazepam or lormetazepam or medazepam or metaciazepam or mexazolam or midazolam or nimetazepam or nitrazepam or nordazepam or oxazepam or oxazolam or pinazepam or prazepam or quazepam or temazepam or tetrazepam or tofisopam or triazolam).mp. [mp=title, book title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word,	1. exp DYSPNEA/ 2. dyspn\$.mp. 3. (breathing adj3 labour\$).mp. 4. breathless\$.mp. 5. shortness of breath.mp. 6. breathing difficult\$.mp. 7. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 8. exp Benzodiazepine Derivative/ 9. benzodiazepine\$.mp. 10. (adinazolam or alprazolam or bentazepam or bromazepam or brotizolam or chlordiazepoxide or cinolazepam or clobazam orclonazepam or clorazepate or clotiazepam or cloxazolam or delorazepam or demoxepam or desmethyldiazepam or diazepam or estazolamor etizolam or etozolam or fludiazepam or flunitrazepam or flurazepam or flutoprazepam or halazepam or haloxazolam or ketazolam orloprazolam or lorazepam or lormetazepam or medazepam or metaciazepam or mexazolam or midazolam or nimetazepam or nitrazepam or nordazepam or oxazepam or oxazolam or pinazepam or prazepam or quazepam or temazepam or tetrazepam or tofisopam or triazolam).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 11. 8 or 9 or 10 12. exp randomized controlled trial/ 13. controlled clinical trial/ 14. random\$.ti.ab. 15. randomization/ 16. intermethod comparison/ 17. placebo.ti.ab. 18. (compare or compared or comparison).ti.ab. 19. ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. 20. (open adj label).ti.ab. 21. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti.ab. 22. double blind procedure/ 23. parallel group\$1.ti.ab. 24. (crossover or cross over).ti.ab. 25. (assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti.ab. 26. (assigned or allocated).ti.ab. 27. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti.ab. 28. (volunteer or volunteers).ti.ab.	#1. MeSH descriptor Dyspnea explode all trees #2. dyspn*:ti,ab,kw #3. (breathing near/3 labo?r*):ti,ab,kw #4. breathless*:ti,ab,kw #5. (short* near/2 breath):ti,ab,kw #6. breathing difficult*:ti,ab,kw #7. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 #8. MeSH descriptor: [Benzodiazepines] explode all trees #9. benzodiazepine*:ti, ab,kw #10. (adinazolam or alprazolam or bentazepam or bromazepam or brotizolam or chlordiazepoxide or cinolazepam or clobazam orclonazepam or clorazepate or clotiazepam or cloxazolam or delorazepam or demoxepam or desmethyldiazepam or diazepam or estazolamor etizolam or etozolam or fludiazepam or flunitrazepam or flurazepam or flutoprazepam or halazepam or haloxazolam or ketazolam orloprazolam or lorazepam or lormetazepam or medazepam or metaciazepam or mexazolam or midazolam or nimetazepam or nitrazepam or nordazepam or oxazepam or oxazolam or pinazepam or prazepam or quazepam or temazepam or tetrazepam or tofisopam

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms, population supplementary concept word, anatomy supplementary concept word] 22. 19 and 20 and 21 23. 7 and 18 and 22 24. limit 23 to yr="2016 - Current"	29. human experiment/ 30. trial.ti. 31. or/ 12-30 32. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) 33. cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) 34. ((case adj control\$).mp. and random\$.ti,ab.) not randomi?ed controlled.ti,ab. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 35. systematic review.ti,ab. not (trial or study).ti. 36. (non random\$ not random\$).ti,ab. 37. "random field\$".ti,ab. 38. (random cluster adj3 sample\$).ti,ab. 39. (review.ab. and review.pt.) not trial.ti. 40. "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) 41. "update review".ab. 42. (databases adj4 searched).ab. 43. (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ 44. animal experiment/ not (human experiment/ or human/) 45. or/ 32-44 46. 31 not 45	ortriazolam):ti,ab,k w (Word variations have been searched) #11. #8 or #9 or #10 #12. #7 and #11 [in: Trials]
Bemerkungen: Aktualisierung von Simon et al., Cochrane 2016			

10.3.4.2.2.1. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			538
Screening			
Duplikate		58	480
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		468	11
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit Krebs, COPD, CHF, MND, IPF	-	
	E2. Intervention und Outcome: Benzodiazepine für die Linderung von Atemnot; Atemnot-Intensität als primäres oder sekundäres Outcome	2	
	E3. Studientyp: RCTs, CCTs	2	
	E4. Publikationsdatum: ab 2016 (nach Sys. Rev. Simon)	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract, Kongress etc.	5	
	A2. Patienten mit Covid-Erkrankung		
	A3. Bereits in früheren Aktualisierungen dieser LL eingeschlossen	1	
Gesamtausgeschlossene Volltexte		10	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte			0

10.3.5. Fatigue

10.3.5.1. Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien (außer Körperliches Training)

(PICO 12.1 und 13.1)

Informationen zur Quelle	
Text der Original-Empfehlung	Recommendations for Advanced Cancer or End of Life 3.1. Clinicians may recommend cognitive behavioral therapy (CBT) to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer and/or receiving treatment with palliative intent (Low, Conditional) 3.2. Clinicians may recommend corticosteroids to manage symptoms of cancer-related fatigue in patients at the end of life where no contraindications exist. The risk-benefit ratio of corticosteroid use should be assessed over time (Low, Conditional) 3.3. Clinicians should not recommend wakefulness agents, such as modafinil or armodafinil, to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer or at the end of life (Moderate, Conditional) 3.4. Clinicians should not routinely recommend psychostimulants, such as methylphenidate, to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer or at the end of life (Moderate, Conditional)
Quell-Leitlinie	Julienne E. Bower et al., Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO-Society for Integrative Oncology Guideline Update, Journal of Clinical Oncology 2024 42:20, 2456-2487 [2]
AGREE II-Bewertung Domäne 3 + 6	Domäne 3: 90%, Domäne 6: 100%
Informationen zur Evidenzgrundlage in der Quell-Leitlinie	
PICO-Fragestellung in der Quell-Leitlinie	Population: adult patients with CRF under active cancer treatment and survivors after completion of treatment Interventions: any pharmacologic or nonpharmacologic intervention used for the management of CRF in adult patients and survivors Comparisons: placebo (pharmaceutical, behavioral), sham treatment, or treatment versus no treatment (eg, waitlist control, treatment as usual) Outcomes: patient-reported fatigue, assessed using a valid and acceptable fatigue measure
Datum der Recherche	Januar bis Oktober 2023
Anzahl der Studien, Studientyp, Referenzierung	113 RCTs
Link zu Evidenztabellen/ zusammenfassenden Evidenzdarstellung einschließlich Angabe LoE/Quality of Evidence	downloadSupplement (Tables 2-4)
Sofern nicht Oxford LoE-Klassifikation bzw. GRADE-Methodik in der Quell-LL angewendet wurde: Übertragung der Evidenzgraduierung	-
Ggfs. Interpretation der Evidenz/ Evidence to decision ¹	-

¹ <https://www.decide-collaboration.eu/evidence-decision-etd-framework>

Informationen zum Umgang in der Ziel-Leitlinie		
Ursprüngliche Empfehlung	Wortlaut der Empfehlung in der Ziel-LL	Art der Übertragung: Adoptiert (1:1-Übersetzung) bzw. Adaptiert (mit Modifikation inkl. Begründung für Modifikation)
3.1. Clinicians may recommend cognitive behavioral therapy (CBT) to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer and/or receiving treatment with palliative intent (Low, Conditional)	10.4. Psychoedukative Verfahren, insbesondere kognitive Verhaltenstherapien, können Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und Fatigue angeboten werden.	Adaptiert: Psychoedukative Verfahren sind ein Standard Verfahren in jeder Kognitiven Verhaltenstherapie und kann somit adaptiert werden.
3.2. Clinicians may recommend corticosteroids to manage symptoms of cancer-related fatigue in patients at the end of life where no contraindications exist. The risk-benefit ratio of corticosteroid use should be assessed over time (Low, Conditional)	10.7. Ein Therapieversuch mit Kortikosteroiden kann bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und Fatigue erwogen werden. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis der Steroidtherapie sollte im Verlauf überprüft werden.	Adaptiert: Der Hinweis auf die Achtung der Kontraindikationen wird als selbstverständlich erachtet und nicht übernommen. Die Patientenpopulation wird entsprechend unserer Leitlinie als Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung definiert. Dies entspricht auch der zugrunde liegenden Literatur der Empfehlung.
3.3. Clinicians should not recommend wakefulness agents, such as modafinil or armodafinil, to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer or at the end of life (Moderate, Conditional)	10.9. Wachmachermitteln wie Modafinil sollten bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und Fatigue nicht eingesetzt werden.	Adaptiert: Armodafinil ist in Deutschland nicht zugelassen und wird deshalb nicht übernommen. Die Patientenpopulation wird entsprechend unserer Leitlinie als Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung definiert. Dies entspricht auch der zugrunde liegenden Literatur der Empfehlung.
3.4. Clinicians should not routinely recommend psychostimulants, such as methylphenidate, to manage symptoms of cancer-related fatigue in adults with advanced cancer or at the end of life (Moderate, Conditional)	10.8. Der Einsatz von Psychostimulantien wie Methylphenidat sollte bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und Fatigue nicht routinemäßig erfolgen.	Adaptiert: Die Patientenpopulation wird entsprechend unserer Leitlinie als Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung definiert. Dies entspricht auch der zugrunde liegenden Literatur der Empfehlung.

10.3.5.2. Körperliches Training (PICO 8.1)

Da die ASCO-Leitlinie ihre Empfehlungen zu körperlichem Training auf der Grundlage von engeren Einschlusskriterien bzgl. der Patientenpopulation formulierte [2], wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie eine eigene Recherche nach SysRev durchgeführt, wobei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung berücksichtigt wurden, die nicht unbedingt nahe am Lebensende stehen.

10.3.5.2.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	PsychInfo (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	08.04.2025	08.04.2025	08.04.2025	08.04.2025
	Treffer	28	246	11	40
Suchstrategie		1. exp FATIGUE/ 2. (tired\$ or weary or weariness or exhaustion or exhausted or lacklustred or ((astheni\$ or asthenia\$) and syndrome)).mp. 3. ((lack\$ or loss or lost) adj2 (energy or vigour or vigor)).mp. 4. 1 or 2 or 3 5. exp neoplasms/ 6. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 7. exp Cancer Care Facilities/ 8. exp Oncology Service, Hospital/ 9. exp Medical Oncology/ 10. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 11. cochrane database of systematic reviews.jn. 12. search*.tw. 13. meta analysis.pt. 14. medline.tw. 15. systematic review.tw. 16. systematic review.pt. 17. 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 18. exp Terminal Care/ 19. exp Hospices/ 20. exp Palliative Care/ 21. exp Terminally Ill/ 22. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 23. 18 or 19 or 20 or 21 or 22 24. 4 and 10 and 17 and 23	1. exp FATIGUE/ 2. (tired\$ or weary or weariness or exhaustion or exhausted or lacklustre\$ or ((astheni\$ or asthenia\$) and syndrome)).mp. 3. ((lack\$ or loss or lost) adj2 (energy or vigour or vigor)).mp. 4. 1 or 2 or 3 5. exp neoplasms/ 6. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 7. exp Cancer Care Facilities/ 8. exp Oncology Service, Hospital/ 9. exp Medical Oncology/ 10. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 11. cochrane database of systematic reviews.jn. 12. search*.tw. 13. meta analysis.pt. 14. medline.tw. 15. systematic review.tw. 16. systematic review.pt. 17. 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 18. exp Terminal Care/ 19. exp Hospices/ 20. exp Palliative Care/ 21. exp Terminally Ill/ 22. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or	1. exp Fatigue/ 2. (tired\$ or weary or weariness or exhaustion or exhausted or lacklustre\$ or ((astheni\$ or asthenia\$) and syndrome)).mp. 3. ((lack\$ or loss or lost) adj2 (energy or vigour or vigor)).mp. 4. 1 or 2 or 3 5. exp neoplasms/ 6. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 7. exp Oncology/ 8. 5 or 6 or 7 9. (((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or ((meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or (information or data)) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*).ti,ab,id. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. 10. exp Palliative Care/ 11. exp Terminally Ill/ 12. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 13. exp Hospice/ 14. exp "Death and Dying"/	#1. MeSH descriptor: [Fatigue] explode all trees #2. tired* OR weary OR weariness OR exhaustion OR exhausted OR lacklustre* OR ((astheni* OR asthenia*) AND syndrome) #3. (lack* OR loss OR lost) NEAR/2 (energy OR vigour OR vigor) #4. #1 OR #2 OR #3 #5. MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #6. (cancer* OR malignan* OR carcino* OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR oncolog*) #7. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #8. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #9. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees #10. #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 #11. MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees #12. MeSH descriptor: [Hospices] explode all trees #13. #13 MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees #14. MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees #15. (palliativ* OR hospice* OR "terminal care" OR "terminally ill" OR dying OR "end of life" OR "end-of-life") #16. #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 #17. #4 AND #10 AND #16

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	PsychInfo (ü. Ovid)	Cochrane
	25. limit 24 to yr="2018 - Current"	"end-of- life").mp. 23. 18 or 19 or 20 or 21 or 22 24. 4 and 10 and 17 and 23 25. limit 24 to yr="2018 - Current"	15. 10 or 11 or 12 or 13 or 14 16. 4 and 8 and 9 and 15 17. limit 16 to yr="2018 - Current"	
Bemerkung: Aktualisierung einer vorigen Recherche				
Sentinel papers: Mücke et al. [10]				

10.3.5.2.1. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			325
Screening			
Duplikate		52	273
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		255	18
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E oder A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Fatigue	-	
	E2. Intervention: Körperliches Training	1	
	E3. Outcome: Reduktion von Fatigue, UAW	2	
	E4. Studientyp: SysRev	2	
	E5. Zeitlimit: 2018-2025	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	-	
	A2. Doppelpublikation oder alte Version eines aktualisierten SysRev		
	A3. Bei SysRev mit einer Mischpopulation von heilbaren und nicht-heilbaren Krebserkrankten: keine Ergebnisse für nicht-heilbare Krebserkrankten gesondert aufgeführt	3	
Gesamt ausgeschlossene Volltexte		8	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			10
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamt eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			10

10.3.6. Schlafbezogene Erkrankungen/Nächtliche Unruhe

Es wurde eine Aktualisierung der Recherchen für die Z-Substanzen mit Suche nach SysRev durchgeführt.

10.3.6.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	26.06.2025	26.06.2025	26.06.2025
	Treffer	114	126	8
Suchstrategie		1. exp Sleep Disorders/ 2. exp Insomnia/ 3. insomni\$.mp. 4. sleep\$.mp. 5. (sleep-disorders or sleep disorders).mp. 6. sleep disturbance\$.mp. 7. sleeplessness.mp. 8. or/1-7 9. exp Zolpidem/ 10. exp Eszopiclone/ 11. exp Zopiclone/ 12. exp Zaleplon/ 13. (z-drug\$ or "z drug\$" or z-hypnotic\$ or nonbenzodiazepine\$ or non-benzodiazepine\$).ti,ab,kw. 14. (zolpidem\$ or ambien or stilnox or myslee or edluar or intermezzo or zoldorm\$).ti,ab,kw. 15. (zopiclone\$ or imovane or zimovane or levanpix).ti,ab,kw. 16. (eszopiclone\$ or lunesta).ti,ab,kw. 17. (zaleplon\$ or sonata or starnoc or andanta).ti,ab,kw. 18. or/9-17 19. 8 and 18 20. cochrane database of systematic reviews.jn. 21. search\$.tw. 22. meta analysis.pt. 23. medline.tw. 24. systematic review.tw. 25. systematic review.pt.	1. exp Sleep Disorders/ 2. exp Insomnia/ 3. insomni*.mp. 4. sleep*.mp. 5. (sleep-disorders OR "sleep disorders").mp. 6. sleep disturb-ance*.mp. 7. sleep-lessness.mp. 8. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 9. exp Zolpidem/ 10. exp Eszopiclone/ 11. exp Zopiclone/ 12. exp Zaleplon/ 13. (z-drug* OR "z drug*" OR z-hypnotic* OR nonbenzodiazepine* OR non-benzodiazepine*).ti,ab,kw. 14. (zolpidem* OR ambien OR stilnox OR myslee OR edluar OR intermezzo OR zoldorm*).ti,ab,kw. 15. (zopiclone* OR imovane OR zimovane OR evanpix).ti,ab,kw. 16. (eszopiclone* OR lunesta).ti,ab,kw. 17. (zaleplon* OR sonata OR starnoc OR andanta).ti,ab,kw. 18. 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 19. 8 AND 18 20. Cochrane Database of Systematic Reviews.jn. 21. search*.tw. 22. meta analysis.pt. 23. medline.tw. 24. systematic review.tw.	#1 MeSH descriptor: [Sleep Disorders] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Insomnia] explode all trees #3 insomni*: ti,ab,kw #4 sleep*: ti,ab,kw #5 ("sleep-disorders" OR "sleep disorders"): ti,ab,kw #6 "sleep disturbance*": ti,ab,kw #7 sleeplessness: ti,ab,kw #8 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 #9 MeSH descriptor: [Zolpidem] explode all trees #10 MeSH descriptor: [Eszopiclone] explode all trees #11 MeSH descriptor: [Zopiclone] explode all trees #12 MeSH descriptor: [Zaleplon] explode all trees #13 (z-drug* OR "z drug*" OR z-hypnotic* OR nonbenzodiazepine* OR non-benzodiazepine*): ti,ab,kw #14 (zolpidem* OR ambien OR stilnox OR myslee OR edluar OR intermezzo OR zoldorm*): ti,ab,kw #15 (zopiclone* OR imovane OR zimovane OR levanpix): ti,ab,kw #16 (eszopiclone* OR lunesta): ti,ab,kw #17 (zaleplon* OR sonata OR starnoc OR andanta): ti,ab,kw #18 #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 #19 #8 AND #18

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	26. or/20-25 27. 19 and 26	25. systematic review.pt. 26. 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 27. 19 AND 26 28. limit 27 to "remove medline records"	#20 Cochrane Database of Systematic Reviews: jn #21 search*: ti,ab,kw #22 meta analysis: pt #23 medline: ti,ab,kw #24 "systematic review": ti,ab,kw #25 systematic review: pt #26 #20 OR #21 OR #22 OR #23

10.3.6.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			375
Screening			
Duplikate		46	327
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		273	51
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: erwachsene Patienten mit Schlafstörungen	12	
	E2. Intervention: Medikamentöse Therapie mit: · Z-substanzen	18	
	E3. Outcome: Schlafparameter (Einschlafzeit, Schlafdauer, Häufigkeit nächtlichen Aufwachens, Dauer nächtlichen Wachseins, subjektive Schlafqualität / Zufriedenheit mit dem Schlaf); Lebensqualität	14	
	E4. Studientyp: Systematic Reviews (SysRev), RCTs, CCTs, analytische Beobachtungsstudien	7	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	-	
	A2. Doppelpublikation	-	
	A3. Schlafstörungen nach erfolgreicher Tumorthherapie	-	
	A4. Post-operative oder histewallungeninduzierte Schlafstörung	-	
	A5. Behandlung einer Depression, aus der eine Verbesserung des Schlafs als nicht primär intendierten Nebeneffekt resultieren kann.	-	
Gesamt ausgeschlossene Volltexte		41	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			10
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamt eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			10

10.3.7. Übelkeit und Erbrechen

Im Rahmen der Aktualisierung dieser Leitlinie wurde eine Aktualisierung der systematischen Recherche nach Cannabinoiden, 5HT₃- und NK₁-Antagonisten sowie Olanzapin durchgeführt. Da es aufgrund einer orientierenden Recherche nicht zu erwarten war, dass es neue systematische Reviews zu diesen Präparaten gibt, wurde

auf eine Suche nach Systematic Reviews verzichtet. Stattdessen wurde direkt nach Primärstudien (RCT und CCTs) gesucht.

10.3.7.1. Medikamentöse Therapie: 5HT3- und NK1-Antagonisten, Cannabinoide (PICO 16.1)

10.3.7.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	11.02.2025	11.02.2025	11.02.2025
	Treffer	536	753	284
Suchstrategie		1. nausea/ 2. vomiting/ 3. vomiting, anticipatory/ 4. antiemetics/ 5. nause\$.mp. 6. vomit\$.mp. 7. retch\$.mp. 8. anti?eme\$.mp. 9. emesis.mp. 10. emet\$.mp. 11. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 12. Ondansetron.mp. or exp Ondansetron/ 13. Granisetron.mp. or exp Granisetron/ 14. Palonosetron.mp. 15. Dolasetron.mp. 16. Tropisetron.mp. 17. Aprepitant.mp. 18. Fosaprepitant.mp. 19. Netupitant.mp. 20. dronabinol.mp. or exp Dronabinol/ 21. tetrahydrocannabinol.mp. or exp Dronabinol/ 22. exp Serotonin 5-HT3 Receptor Antagonists/ 23. exp Neurokinin-1 Receptor Antagonists/ 24. exp Cannabinoids/ 25. or/12-24 26. exp randomized controlled trial/ 27. controlled clinical trial.pt. 28. randomized.ab. 29. placebo.ab. 30. drug therapy.fs. 31. randomly.ab. 32. trial.ab. 33. groups.ab. 34. 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 35. exp animals/ not humans.sh. 36. 34 not 35 37. exp neoplasms/ 38. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp.	1. exp randomized controlled trial/ 2. controlled clinical trial/ 3. random\$.ti,ab. 4. randomization/ 5. intermethod comparison/ 6. placebo.ti,ab. 7. (compare or compared or comparison).ti,ab. 8. ((evaluated or evaluate or assessing or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. 9. (open adj label).ti,ab. 10. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab. 11. double blind procedure/ 12. parallel group\$1.ti,ab. 13. (crossover or cross over).ti,ab. 14. ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab. 15. (assigned or allocated).ti,ab. 16. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab. 17. (volunteer or volunteers).ti,ab. 18. human experiment/ 19. trial.ti. 20. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 21. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) 22. cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) 23. ((case adj control\$).mp. and random\$.ti,ab.) not randomi?ed controlled.ti,ab. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] 24. systematic review.ti,ab. not (trial or study).ti.	#1. MeSH descriptor: [Vomiting, Anticipatory] explode all trees #2. MeSH descriptor: [Nausea] explode all trees #3. MeSH descriptor: [Vomiting] explode all trees #4. MeSH descriptor: [Antiemetics] explode all trees #5. nause\$ OR vomit\$ OR retch\$ OR anti?eme\$ OR emesis OR emet\$ #6. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 #7. MeSH descriptor: [Ondansetron] explode all trees #8. MeSH descriptor: [Granisetron] explode all trees #9. MeSH descriptor: [Palonosetron] explode all trees #10. MeSH descriptor: [Dronabinol] explode all trees #11. MeSH descriptor: [Dronabinol] explode all trees #12. MeSH descriptor: [Serotonin 5-HT3 Receptor Antagonists] explode all trees #13. MeSH descriptor: [Neurokinin-1 Receptor Antagonists] explode all trees #14. MeSH descriptor: [Cannabinoids] explode all trees #15. Ondansetron OR Granisetron OR Palonosetron OR Dolasetron OR Tropisetron OR Aprepitant OR Fosaprepitant OR Netupitant OR dronabinol OR tetrahydrocannabinol

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
	39. exp Cancer Care Facilities/ 40. exp Oncology Service, Hospital/ 41. exp Medical Oncology/ 42. 37 or 38 or 39 or 40 or 41 43. 11 and 25 and 36 and 42 44. Limit 43 to yr="2017-Current"	25. (non random\$ not random\$.ti,ab. 26. "random field\$.ti,ab. 27. (random cluster adj3 sample\$.ti,ab. 28. (review.ab. and review.pt.) not trial.ti. 29. "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) 30. "update review".ab. 31. (databases adj4 searched).ab. 32. (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ 33. animal experiment/ not (human experiment/ or human/ 34. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 35. 20 not 34 36. nausea/ 37. vomiting/ 38. vomiting, anticipatory/ 39. antiemetics/ 40. nause\$.mp. 41. vomit\$.mp. 42. retch\$.mp. 43. anti?eme\$.mp. 44. emesis.mp. 45. emet\$.mp. 46. 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 47. Ondansetron.mp. or exp Ondansetron/ 48. Granisetron.mp. or exp Granisetron/ 49. Palonosetron.mp. 50. Dolasetron.mp. 51. Tropisetron.mp. 52. Aprepitant.mp. 53. Fosaprepitant.mp. 54. Netupitant.mp. 55. dronabinol.mp. or exp Dronabinol/ 56. tetrahydrocannabinol.mp. or exp Dronabinol/ 57. exp Serotonin 5-HT3 Receptor Antagonists/ 58. exp Neurokinin-1 Receptor Antagonists/ 59. exp Cannabinoids/ 60. or/47-59 61. exp neoplasms/ 62. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 63. exp Cancer Care Facilities/ 64. exp Oncology Service, Hospital/ 65. exp Medical Oncology/ 66. 61 or 62 or 63 or 64 or 65 67. 35 and 46 and 60 and 66 68. limit 67 to yr="2017 -Current" 69. limit 68 to "remove medline records	#16. #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 #17. MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #18. (cancer\$ OR malignan\$ OR carcino\$ OR neoplasm\$ OR tumor\$ OR tumour\$ OR oncolog\$) #19. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #20. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #21. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees #22. #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 #23. #6 AND #16 AND #22
Bemerkungen: Update der SysRev von Benze et al. [11, 12]			

10.3.7.1.1. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1555
Screening			
Duplikate		243	1312
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		1281	31
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer Krebserkrankung und mit Übelkeit und/oder Erbrechen	2	
	E2. Intervention: Medikamentöse Therapie mit 5HT3-Antagonisten, Antihistaminika, NK-1-Antagonisten, Cannabinoiden, Corticosteroiden, Neuroleptika, Antipsychotika, Prokinetika	0	
	E3. Outcomes: • Übelkeit: Reduktion der Intensität und Dauer; • Erbrechen: Frequenz, Reduktion des Volumens; • Allgemein: Lebensqualität, unerwünschte Nebenwirkungen (adverse events)		
	E4. Studientyp: Systematischer Review oder, RCT, CCT oder Beobachtungsstudie (kontrollierte Kohortenstudie oder Fall-Kontrollstudie)	22	
Ausschlusskriterien A	A1. Tumorthherapieinduzierte Übelkeit und/oder Erbrechen durch (Chemotherapie, Radiotherapie, operativ)	6	
	A2. MIO	-	
	A3. Schwangere Patientinnen	-	
	A4. Primärstudie wurde bereits in eingeschlossenem systematischem Review behandelt	-	
	A5. SysRev wurde bereits in die SysRev-Suche eingeschlossen	-	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		30	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche		-	-
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.7.1. Medikamentöse Therapie: Olanzapin (PICO 10.2)

10.3.7.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	11.02.2025	11.02.2025	11.02.2025
	Treffer	216	362	264
Suchstrategie		- Antipsychotic Agents/ (olanzapine or zyprexa).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms) 1 or 2 - exp Neoplasms/ (cancer* or neoplas* or tumor* or carcinoma* or hodgkin* or nonhodgkin* or adenocarcinoma* or leuk?emia* or metastas* or malignan* or lymphoma* or sarcoma* or melanoma* or oncolog* or chemotherapy*).tw. - Nausea/ - vomiting/ or vomiting, anticipatory/ (nause* or vomit* or sick or retch* or emetic* or emesis).tw. - Antiemetics/ - anti*eme*.tw. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 - exp randomized controlled trial/ - controlled clinical trial.pt. - randomized.ab. - placebo.ab. - drug therapy.fs. - randomly.ab. - trial.ab. - groups.ab. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 - exp animals/ not humans.sh. 20 not 21 4 or 5 3 and 11 and 22 and 23 - limit 24 to yr="2017 - Current"	- exp randomized controlled trial/ - controlled clinical trial/ - random\$.ti,ab. - randomization/ - intermethod comparison/ - placebo.ti,ab. (compare or compared or comparison).ti,ab. ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. (open adj label).ti,ab. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab. - double blind procedure/ - parallel group\$.ti,ab. (crossover or cross over).ti,ab. ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab. (assigned or allocated).ti,ab. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab. (volunteer or volunteers).ti,ab. - human experiment/ - trial.ti. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) - cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) ((case adj control\$).mp. and random\$.ti,ab.) not randomi?ed controlled.ti,ab. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] - systematic review.ti,ab. not (trial or study).ti. (non random\$ not random\$).ti,ab. "random field\$".ti,ab. (random cluster adj3 sample\$).ti,ab. (review.ab. and review.pt.) not trial.ti.	- Antipsychotic Agents [MeSH] (olanzapine OR zyprexa) [Title/Abstract] 1 OR 2 - Neoplasms [MeSH] (cancer* OR neoplas* OR tumor* OR carcinoma* OR hodgkin* OR non hodgkin* OR adenocarcinoma* OR leuk?emia* OR metastas* OR malignan* OR lymphoma* OR sarcoma* OR melanoma* OR oncolog* OR chemotherapy*) [Title/Abstract] - Nausea [MeSH] - vomiting [MeSH] OR vomiting, anticipatory [MeSH] (nause* OR vomit* OR sick OR retch* OR emetic* OR emesis) [Title/Abstract] - Antiemetics [MeSH] - anti*eme* [Title/Abstract] 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 4 OR 5 3 AND 11 AND 12 - In trials - Year range 2017-2025

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
		29. "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) 30. "update review".ab. 31. (databases adj4 searched).ab. 32. (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ 33. animal experiment/ not (human experiment/ or human/) 34. 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 35. 20 not 34 36. Neuroleptic Agent/ 37. (olanzapine or zyprexa).mp. 38. 36 or 37 39. exp Neoplasm/ 40. (cancer* or neoplas* or tumor* or carcinoma* or hodgkin* or nonhodgkin* or adenocarcinoma* or leuk?emia* or metasta* or malignan* or lymphoma* or sarcoma* or melanoma* or myeloma* or oncolog* or chemotherapy*).tw. 41. "Nausea and vomiting"/ 42. ((anticipatory nausea.mp. and vomiting/) or chemotherapy induced nausea.mp.) and vomiting/ 43. (nause* or vomit* or sick or retch* or emetic* or emesis).tw. 44. Antiemetic agent/ 45. anti*eme*.tw. 46. 41 or 42 or 43 or 44 or 45 47. 39 or 40 48. 47 and 46 and 38 and 35 49. limit 48 to yr="2017 -Current"	
Bemerkungen: Update der SysRev von Benze et al. [11, 12]			

10.3.7.1.1. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			842
Screening			
Duplikate		267	575
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		570	5
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit einer Krebserkrankung und mit Übelkeit und/oder Erbrechen	0	
	E2. Intervention: Olanzapin	0	
	E3. Outcomes: • Übelkeit: Reduktion der Intensität und Dauer; • Erbrechen: Frequenz, Reduktion des Volumens; • Allgemein: Lebensqualität, unerwünschte Nebenwirkungen (adverse events)		
	E4: Studientyp: RCT, CCT	4	
Ausschlusskriterien A	A1. Tumorthherapieinduzierte Übelkeit und/oder Erbrechen durch (Chemotherapie, Radiotherapie, operativ)	-	
	A2. MIO	-	
	A3. Schwangere Patientinnen	-	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		4	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche		-	-
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.8. Angst

Im Rahmen der Aktualisierung dieser Leitlinie wurden systematische Recherchen zu Psychedelika (SysRev) und Ketamin (RCTs/CCTs) bei Angst in der Palliativsituation durchgeführt.

10.3.8.1. Medikamentöse Therapie: Ketamin

(PICO 17.1)

10.3.8.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	11.02.2025	11.02.2025	07.03.2025
	Treffer	38	108	30
Suchstrategie		- exp Fear/ - exp Anxiety/ (fear or anxious or anxiet*).mp. (obsessive compulsive disorder* or generalized anxiety disorder* or terminal restlessness or panic disorder* or posttraumatic stress disorder* or phobia* or adjustment disorder* or posttraumatic stress disorder* or adjustment disorder* or agitation).mp. 1 or 2 or 3 or 4 (ketamine or inducmina or ketalar or ketanest or calypso or narkamon or keta or velonarcon or ketmin or ketava or ketalin or ket-ina or brevinaze or ketaha-meln).mp. - ketamine.mp. 6 or 7 5 and 8 - exp randomized controlled trial/ - controlled clinical trial.pt. - random-ized.ab. - placebo.ab. - drug therapy.fs. - randomly.ab. - trial.ab. - groups.ab. 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 - exp animals/ not humans.sh. 18 not 19 - exp neoplasms/ (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. - exp Cancer Care Facilities/ - exp Oncology Service, Hospital/ - exp Medical Oncology/ 21 or 22 or 23 or 24 or 25	- exp Anxiety/ OR exp Anxiety Disorders/ - exp Fear/ (fear OR anxious OR anxiet*) [Title/Abstract] (obsessive compulsive disorder* OR generalized anxiety disorder* OR terminal restlessness OR panic disorder* OR posttraumatic stress disorder* OR phobia* OR adjustment disorder* OR posttraumatic stress disorder* OR adjustment disorder* OR agitation) [Title/Abstract] 1 OR 2 OR 3 OR 4 (ketamine OR inducmina OR ketalar OR ketanest OR calypso OR narkamon OR keta OR velonarcon OR ketmin OR ketava OR ketalin OR ketina OR brevinaze OR ketahamelin) [Title/Abstract] - ketamine [Title/Abstract] 6 OR 7 5 AND 8 - exp Randomized Controlled Trial/ - controlled clinical trial.pt. - randomized [Title/Abstract] - placebo [Title/Abstract] - drug therapy.fs. - randomly [Title/Abstract] - trial [Title/Abstract] - groups [Title/Abstract] 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 - exp Animals/ NOT humans.sh. 18 NOT 19 - exp Neoplasms/	- MeSH descriptor: [Fear] explode all trees - MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees - MeSH descriptor: [Anxiety Disorders] explode all trees - MeSH descriptor: [Panic Disorder] explode all trees - MeSH descriptor: [Obsessive-Compulsive Disorder] explode all trees - MeSH descriptor: [Stress Disorders, Post-Traumatic] explode all trees - MeSH descriptor: [Phobic Disorders] explode all trees - MeSH descriptor: [Adjustment Disorders] explode all trees - MeSH descriptor: [Psychomotor Agitation] explode all trees (fear OR anxious OR anxiet*): ti,ab,kw ("terminal restlessness" OR agitation): ti,ab,kw #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 - MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees (ketamine OR inducmina OR ketalar OR ketanest OR calypso OR narkamon OR keta OR velonarcon OR ketmin OR ketava OR ketalin OR ketina OR brevinaze OR ketahamelin): ti,ab,kw #13 OR #14 - MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees (cancer* OR malignan* OR carcin* OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR oncolog*): ti,ab,kw

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane Library
		22. (cancer\$ OR malignant\$ OR carcino\$ OR neoplasm\$ OR tumor\$ OR tumour\$ OR oncolog\$) [Title/Abstract] 23. exp Cancer Care Facilities/ 24. exp Oncology Service, Hospital/ 25. exp Medical Oncology/ 26. 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25	#18. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #19. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #20. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees #21. #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 #22. #12 AND #15 AND #27 in Trials
Bemerkungen: Update von Nübling et al. 2012 [198]			

10.3.8.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			176
Screening			
Duplikate		32	144
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		139	5
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Angst	0	
	E2. Intervention: Medikamentöse Therapie mit Ketamin	0	
	E3. Outcome: Reduktion der Angstsymptomatik; UAW	0	
	E4. Studientyp: RCTs, CCTs	0	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	5	
	A2. Doppelpublikation	-	
	A3. Studien zu Depression oder Fatigue	.	
	A4. Studien, die als Nebeneffekt eine Behandlung der Angst erzielen konnten (z.B. bei Atemnot oder Schmerz)	-	
	A5. Studie wurde im Systematic Review bereits ausgewertet	0	
Gesamt ausgeschlossene Volltexte		5	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			0
Gesamt eingeschlossene Volltexte			0

10.3.8.2. Medikamentöse Therapie: Psychedelika (PICO 17.2)

10.3.8.2.1. Suchstrategie

Datenbank		Cochrane Database
Suche	Datum	Februar 2025
	Treffer	5
Suchstrategie		#1. MeSH descriptor: [Hallucinogens] explode all trees #2. MeSH descriptor: [3,4-Methylenedioxyamphetamine] explode all trees #3. MeSH descriptor: [Lysergic Acid Diethylamide] explode all trees #4. MeSH descriptor: [Psilocybin] explode all trees #5. MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees #6. MeSH descriptor: [Banisteriopsis] explode all trees #7. MeSH descriptor: [Ibogaine] explode all trees #8. MeSH descriptor: [Mescaline] explode all trees #9. (hallucinogen* OR psychedelic* OR entactogen*): ti,ab,kw #10. (MDMA OR LSD OR DPT OR DMT): ti,ab,kw #11. (psilocybin OR "lysergic acid diethylamide" OR "3,4-methylenedioxyamphetamine" OR dipropyltryptamine OR dimethyltryptamine OR aya-huasca OR ketamin* OR ibogaine OR mescaline OR peyote OR esketamine): ti,ab,kw #12. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 #13. MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees #14. (psychotherap*): ti,ab,kw #15. (psycho* NEAR/3 therap*): ti,ab,kw #16. MeSH descriptor: [Counseling] explode all trees #17. (counsel*): ti,ab,kw #18. (relaxation OR imagery OR (behavio?r NEAR/3 therap*)): ti,ab,kw #19. (biofeedback): ti,ab,kw #20. (stress NEAR/2 manag*): ti,ab,kw #21. MeSH descriptor: [Depression] explode all trees #22. MeSH descriptor: [Demoralization] explode all trees #23. MeSH descriptor: [Adjustment Disorders] explode all trees #24. MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees #25. MeSH descriptor: [Catastrophization] explode all trees #26. MeSH descriptor: [Psychological Distress] explode all trees #27. (anxiet* OR anxious OR demoral* OR depress* OR "existential distress" OR agi-tat* OR panic* OR hopeless* OR catastrophization OR adjustment disorder*): ti,ab,kw #28. 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 #29. 12 AND 28 #30. ((advance* OR late OR last OR end OR final) NEAR/4 (stage* OR phase*)): ti,ab,kw #31. (palliat* OR terminal* OR endstage OR "end stage"): ti,ab,kw #32. ((end NEAR/3 life) OR (care NEAR/3 dying)): ti,ab,kw #33. ((advance* OR progressi* OR terminal*) NEAR/6 (ill* OR disease* OR condi-tion*)): ti,ab,kw

Datenbank	Cochrane Database
	#34. (hospice*): ti,ab,kw #35. (hospice OR (nursing NEAR/3 home*)): ti,ab,kw #36. (life NEAR/3 threat*): ti,ab,kw #37. MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees #38. MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees #39. MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees #40. MeSH descriptor: [Hospice Care] explode all trees #41. 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40
Bemerkung : Sentinel papers: Schipper et al 2024 [13]	

10.3.8.2.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehend e Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			5
Screening			
Duplikate		0	5
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		26	4
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und Angst	-	
	E2. Intervention: Medikamentöse Therapie mit Psychedelika	-	
	E3. Outcome: Reduktion der Belastung durch Angst; UAW	-	
	E4. Studientyp: SysRev von RCTs	-	
	E5. Zeitlimit: - 2025	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	-	
	A2. Doppelpublikation oder alte Version eines SysRev, das inzwischen aktualisiert wurde	-	
	A3. Studien, die als Nebeneffekt eine Behandlung der Angst erzielen konnten (z.B. bei Atemnot oder Schmerz)	-	
Gesamt ausgeschlossene Volltexte		1	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamt eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.9. Depression

Im Rahmen der Aktualisierung dieser Leitlinie wurde die NVL Depression adaptiert [3] sowie systematische Recherchen zu Ketamin, Psychostimulanzien und Psychedelika bei Depression durchgeführt.

10.3.9.1. Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie nach Schweregrad (PICO 18.1)

Informationen zur Quelle	
Text der Original-Empfehlung	1. Antidepressiva sollten bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden. 2. Zu Psychotherapie bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden s.o. NVL-Algorithmen* 3. Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden. 4. Patient*innen mit akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen werden.
Quell-Leitlinie	Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression [3]
AGREE II-Bewertung Domäne3 + 6	Domäne 3: 92,4%; Domäne 6: 100%
Informationen zur Evidenzgrundlage in der Quell-Leitlinie	
PICO-Fragestellung in der QuellLeitlinie	PICO der übergreifenden Suche: P.: erwachsene Patienten mit manifester unipolarer Depression oder Dysthymie I.: alle C.: alle O.: Gesamt mortalität, Suizidalität, Symptomatik, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, unerwünschte Ereignisse Sprachen: DE, EN Studientyp: aggregierte Evidenz, bzw. Systematische Reviews mit Metaanalysen
Datum der Recherche	Oktober 2013 – Oktober 2020
Anzahl der Studien, Studientyp, Referenzierung	Systematische Übersichtsarbeiten: 62 Metaanalysen: 12
Link zu Evidenztabellen/ zusammenfassenden Evidenzdarstellung einschließlich Angabe LoE/Quality of Evidence	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/acf0641499ab5623aac776546ce6346336dad74f/nvl-005e_S3_Unipolare_Depression_2025-01.pdf (S. 27-43)
Sofern nicht Oxford LoE-Klassifikation bzw. GRADE-Methodik in der Quell-LL angewendet wurde: Übertragung der Evidenzgraduierung	Oxford 2011: Grad 1 (Systematische Reviews und Metaanalysen von RCTs)
Ggfs. Interpretation der Evidenz/ Evidence to decision ²	-

² <https://www.decide-collaboration.eu/evidence-decision-eto-framework>

Informationen zum Umgang in der Ziel-Leitlinie

Ursprüngliche Empfehlung	Wortlaut der Empfehlung in der Ziel-LL	Art der Übertragung: Adoptiert (1:1-Übersetzung) bzw. Adaptiert (mit Modifikation inkl. Begründung für Modifikation)
Antidepressiva sollten bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden.	Antidepressiva <i>sollten</i> bei leichten depressiven Episoden <i>nicht</i> zur Erstbehandlung vor einer niedrigintensiven Intervention eingesetzt werden.	Adoptiert
S.u. Algorithmen*	Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> abhängig von der Prognose eine Psychotherapie oder psychotherapeutische Intervention angeboten werden.	Adaptiert: Um der Logik des Kapitelaufbaus zu respektieren, braucht es an dieser Stelle eine ausformulierte Empfehlung zu Psychotherapie bei leichten bzw. mittelgradigen Episoden. Diese entspricht den Inhalt der Algorithmen der NVL*.
Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden <i>soll</i> gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden.	Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden <i>soll</i> gleichwertig eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie angeboten werden.	Adoptiert
Patient*innen mit akuten mittelgradigen depressiven Episoden <i>soll</i> eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen werden.	Patient*innen mit akuten schweren depressiven Episoden <i>soll</i> eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und abhängig von der Prognose Psychotherapie oder psychotherapeutischen Interventionen angeboten werden.	Adaptiert: mit dem Zusatz „abhängig von der Prognose“ wird die Empfehlung an die Zielpopulation dieser LL angepasst (palliativ)

*NVL-Algorithmen zur „Behandlung bei akuter depressiver Episode“: Die NVL-Empfehlungen sind als Algorithmen dargestellt und bilden die Grundlage für die adaptierte Empfehlung zur Behandlung von leicht- und mittelgradiger akuten depressiven Episoden:

Abbildung 11: Akuttherapie leichtgradiger depressiver Störungen

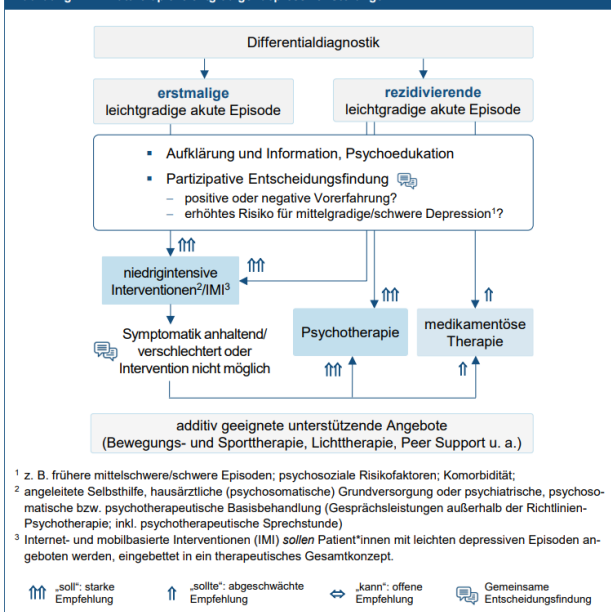
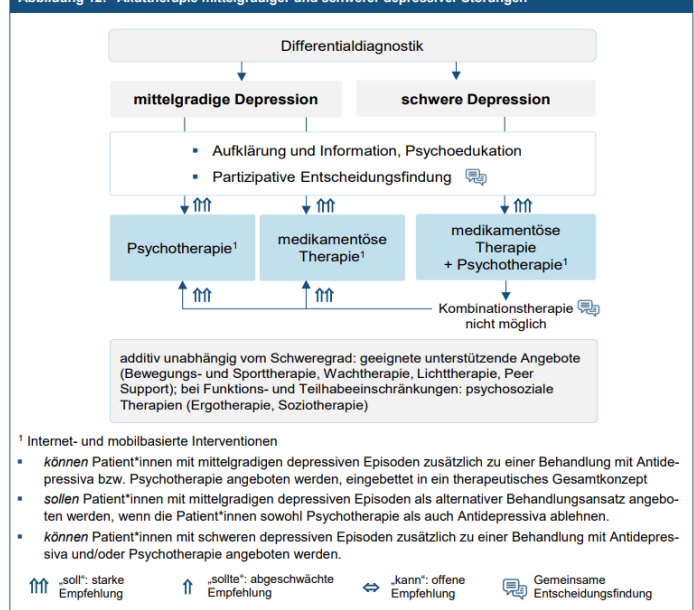


Abbildung 12: Akuttherapie mittelgradiger und schwerer depressiver Störungen



10.3.9.2. Medikamentöse Therapie: Psychostimulanzien, Ketamin und Psychedelika

Zu Psychostimulanzien wurde auf eine Recherche nach Systematic Reviews verzichtet und direkt nach Primärstudien gesucht, da es aufgrund der orientierenden Recherchen nicht zu erwarten war, dass es neuere SysRev gibt. Für Ketamin und Psychedelika wurde eine Suche nach SysRev durchgeführt. Da diese für Ketamin ergebnislos blieb erfolgte anschließend noch eine Suche nach Primärstudien für dieses Präparat.

10.3.9.2.1. Psychostimulanzien

(PICO 19.1)

10.3.9.2.1.1. Suchstrategie für Primärstudien

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	11.03.2025	11.03.2025	11.03.2025
	Treffer	45	323	63
Suchstrategie		1. (psychostimulants or stimulants).mp. 2. exp dexamphetamine/ 3. exp amphetamine/ or exp amphetamine derivative/ 4. exp methylphenidate/ 5. exp phenmetrazine/ 6. dexamphetamine.mp. 7. (dexedrine or methylphenidate hydrochloride).mp. 8. exp methylphenidate/ 9. exp phenylpropanolamine/ 10. (ritalin or cephalon or concerta or modafinil or provigil or cocaine or selegiline).mp. 11. (amphetamine* or diethylpropion or phenmetrazine or phendimetrazine or phenylpropanolamine or selegiline).mp. 12. modafinil.mp. 13. Caffeine.mp. 14. exp cocaine/ or exp cocaine derivative/ 15. exp ephedrine derivative/ or exp ephedrine/ 16. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 17. depressi*.mp. 18. (depressi* adj3 symptom*).mp. 19. (depressi* adj3 disorder*).mp. 20. affective disorder*.mp. 21. (mood adj3 disorder*).mp. 22. (depressed adj3 patient*).mp. 23. (depressed adj3 symptom*).mp.	1. exp Central Stimulant Agent/ (psychostimulants OR stimulants) [Title/Abstract] 3. exp Dexamphetamine/ 4. exp Amphetamine/ OR exp Amphetamine Derivative/ 5. exp Methylphenidate/ 6. exp Phenmetrazine/ 7. dexamphetamine [Title/Abstract] 8. (dexedrine OR methylphenidate hydrochloride) [Title/Abstract] 9. exp Methylphenidate/ 10. exp Phenylpropanolamine/ 11. (ritalin OR cephalon OR concerta OR modafinil OR provigil OR cocaine OR selegiline) [Title/Abstract] 12. (amphetamine* OR diethylpropion OR phenmetrazine OR phendimetrazine OR phenylpropanolamine OR selegiline) [Title/Abstract] 13. modafinil [Title/Abstract] 14. Caffeine [Title/Abstract] 15. exp Cocaine/ OR exp Cocaine Derivative/ 16. exp Ephedrine Derivative/ OR exp Ephedrine/ 17. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14 OR 15 OR 16 18. depressi* [Title/Abstract] 19. (depressi* adj3 symptom*) [Title/Abstract] 20. (depressi* adj3 disorder*) [Title/Abstract] 21. affective disorder* [Title/Abstract] 22. (mood adj3 disorder*) [Title/Abstract] 23. (depressed adj3 patient*) [Title/Abstract]	#1. MeSH descriptor: [Depression] explode all trees #2. depressi* OR (depressi* AND symptom*) OR (depressi* AND disorder*) OR affective disorder* OR (mood AND disorder*) OR (depressed AND patient*) OR (depressed AND symptom*) #3. #1 OR #2 #4. MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #5. (cancer* OR malignan* OR carcino* OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR oncolog*) #6. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #7. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #8. MeSH descriptor: [Medical Onology] explode all trees #9. #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 #10. (psychostimulants OR stimulants) #11. MeSH descriptor: [Dextroamphetamine] explode all trees #12. MeSH descriptor: [Amphetamines] explode all trees #13. MeSH descriptor: [Methylphenidate] explode all trees #14. MeSH descriptor: [Phenmetrazine] explode all trees #15. dexamphetamine #16. (dexedrine OR methylphenidate hydrochloride) #17. MeSH descriptor: [Methylphenidate] explode all trees

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
	24. 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 25. exp randomized controlled trial/ 26. controlled clinical trial/ 27. random\$.ti,ab. 28. randomization/ 29. intermethod comparison/ 30. placebo.ti,ab. 31. (compare or compared or comparison).ti,ab. 32. ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. 33. (open adj label).ti,ab. 34. ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab. 35. double blind procedure/ 36. parallel group\$1.ti,ab. 37. (crossover or cross over).ti,ab. 38. ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab. 39. (assigned or allocated).ti,ab. 40. (controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab. 41. (volunteer or volunteers).ti,ab. 42. human experiment/ 43. trial.ti. 44. 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 45. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) 46. cross-sectional study/ not (exp randomized controlled trial/ or controlled clinical trial/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) 47. ((case adj control\$).mp. and random\$.ti,ab.) not randomi?ed controlled.ti,ab. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device	24. (depressed adj3 symptom*) [Title/Abstract] 25. 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 26. exp Randomized Controlled Trial/ 27. controlled clinical trial/ 28. random\$ [Title/Abstract] 29. randomization/ 30. intermethod comparison/ 31. placebo [Title/Abstract] 32. (compare OR compared OR comparison) [Title/Abstract] 33. ((evaluated OR evaluate OR evaluating OR assessed OR assess) AND (compare OR compared OR comparing OR comparison)) [Abstract] 34. open label [Title/Abstract] 35. ((double OR single OR doubly OR singly) adj (blind OR blinded OR blindly)) [Title/Abstract] 36. double blind procedure/ 37. parallel group\$1 [Title/Abstract] 38. (crossover OR cross over) [Title/Abstract] 39. ((assign\$ OR match OR matched OR allocation) adj5 (alternate OR group\$1 OR intervention\$1 OR patient\$1 OR subject\$1 OR participant\$1)) [Title/Abstract] 40. (assigned OR allocated) [Title/Abstract] 41. (controlled adj7 (study OR design OR trial)) [Title/Abstract] 42. (volunteer OR volunteers) [Title/Abstract] 43. human experiment/ 44. trial [Title/Abstract] 45. 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 46. (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" OR questionnaire\$1 OR survey\$ OR database\$1))[Title/Abstract] NOT (comparative study/ OR controlled study/ OR randomi?ed controlled [Title/Abstract] OR randomly assigned [Title/Abstract]) 47. cross-sectional study/ NOT (exp randomized controlled trial/ OR controlled clinical trial/ OR controlled study/ OR randomi?ed controlled [Title/Abstract] OR control group\$1 [Title/Abstract])	#18. MeSH descriptor: [Phenylpropanolamine] explode all trees #19. (ritalin OR cephalon OR concerta OR modafinil OR provigil OR cocaine OR selegiline) #20. (amphetamine* OR diethylpropion OR phenmetrazine OR phendimetrazine OR phenylpropanolamine OR selegiline) #21. (modafinil OR caffeine) #22. MeSH descriptor: [Cocaine] explode all trees #23. MeSH descriptor: [Ephedrine] explode all trees #24. #24 #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 #25. #25 #3 AND #9 AND #24

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
	trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]	48. ((case adj control\$) AND random\$) NOT randomi?ed controlled [Title/Abstract]	
48.	systematic review.ti.ab. not (trial or study).ti.	49. systematic review [Title/Abstract] NOT (trial [Title/Abstract] OR study [Title/Abstract])	
49.	(non random\$ not random\$).ti.ab.	50. (non random\$ NOT random\$) [Title/Abstract]	
50.	"random field\$".ti.ab.	51. "random field\$" [Title/Abstract]	
51.	(random cluster adj3 sample\$).ti.ab.	52. (random cluster adj3 sample\$) [Title/Abstract]	
52.	(review.ab. and review.pt.) not trial.ti.	53. (review [Abstract] AND review.pt.) NOT trial [Title/Abstract]	
53.	"we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.)	54. "we searched" [Abstract] AND (review [Title/Abstract] OR review.pt.)	
54.	"update review".ab.	55. "update review" [Abstract]	
55.	(databases adj4 searched).ab.	56. (databases adj4 searched) [Abstract]	
56.	(rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ not (human experiment/ or human/)	57. (rat OR rats OR mouse OR mice OR swine OR porcine OR murine OR sheep OR lambs OR pigs OR piglets OR rabbit OR rabbits OR cat OR cats OR dog OR dogs OR cattle OR bovine OR monkey OR monkeys OR trout OR marmoset\$1) [Title/Abstract] AND animal experiment/ NOT (human experiment/ OR human/)	
57.	animal experiment/ not (human experiment/ or human/)	58. animal experiment/ NOT (human experiment/ OR human/)	
58.	46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58	59. 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 OR 53 OR 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58	
59.	45 not 59	60. 45 NOT 59	
60.	17 and 25 and 60	61. exp Terminal Care/ 62. exp Hospices/ 63. exp Palliative Care/ 64. exp Terminally Ill/ 65. (palliativ\$ OR hospice\$ OR "ter minal care" OR "terminally ill" OR dying OR "end of life" OR "end-of-life") [Title/Abstract]	
61.	exp neoplasms/	66. 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65	
62.	(cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumour\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp.	67. 17 AND 25 AND 60 AND 66	
63.	exp Cancer Care Facilities/	68. exp Neoplasms/ 69. (cancer\$ OR malignan\$ OR car cino\$ OR neoplasm\$ OR tumo r\$ OR tumour\$ OR oncolog\$) [Title/Abstract]	
64.	exp Oncology Service, Hospital/	70. exp Cancer Care Facilities/ 71. exp Oncology Service, Hospital/ 72. exp Medical Oncology/ 73. 68 OR 69 OR 70 OR 71 OR 72	
65.	exp Medical Oncology/	74. 67 AND 73	
66.	68 or 69 or 70 or 71 or 72	75. limit 74 to yr="2013 - Current"	
67.	67 and 73		
68.	limit 74 to yr="2013 - Current"		

10.3.9.2.1.1. Auswahl der Primärstudien

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			431
Screening			
Duplikate		56	375
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		362	13
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit Depression		
	E2. Studientyp: RCTs, CCTs	5	
Ausschlusskriterien A	A1. Augmentationsbehandlung		
	A2. Outcome	2	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		7	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche		6	
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche		-	
Gesamte eingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			6

10.3.9.2.2. Psychedelika und Ketamin: Systematic Reviews (PICO 19.2 und 19.3)

10.3.9.2.2.1. Suchstrategie

Datenbank		Cochrane Database
Suche	Datum	11.03.2025
	Treffer	5
Suchstrategie		#1. MeSH descriptor: [Hallucinogens] explode all trees #2. MeSH descriptor: [3,4-Methylenedioxyamphetamine] explode all trees #3. MeSH descriptor: [Lysergic Acid Diethylamide] explode all trees #4. MeSH descriptor: [Psilocybin] explode all trees #5. MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees #6. MeSH descriptor: [Banisteriopsis] explode all trees #7. MeSH descriptor: [Ibogaine] explode all trees #8. MeSH descriptor: [Mescaline] explode all trees #9. (hallucinogen* OR psychedelic* OR entactogen*):ti,ab,kw #10. (MDMA OR LSD OR DPT OR DMT):ti,ab,kw #11. (psilocybin OR "lysergic acid diethylamide" OR "3,4-methylenedioxyamphetamine*" OR dipropyltryptamine OR dimethyltryptamine OR ayahuasca OR ketamin* OR ibogaine OR mescaline OR peyote OR esketamine):ti,ab,kw #12. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 #13. MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees #14. (psychotherap*):ti,ab,kw #15. (psycho* NEAR/3 therap*):ti,ab,kw #16. MeSH descriptor: [Counseling] explode all trees #17. (counsel*):ti,ab,kw #18. (relaxation OR imagery OR (behavio?r NEAR/3 therap*)):ti,ab,kw #19. (biofeedback):ti,ab,kw #20. (stress NEAR/2 manag*):ti,ab,kw #21. MeSH descriptor: [Depression] explode all trees #22. MeSH descriptor: [Demoralization] explode all trees #23. MeSH descriptor: [Adjustment Disorders] explode all trees #24. MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees #25. MeSH descriptor: [Catastrophization] explode all trees #26. MeSH descriptor: [Psychological Distress] explode all trees #27. (anxiet* OR anxious OR demoral* OR depress* OR "existential distress" OR agitat* OR panic* OR hopeless* OR catastrophization OR adjustment disorder*):ti,ab,kw #28. #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 #29. #12 AND #28 #30. ((advance* OR late OR last OR end OR final) NEAR/4 (stage* OR phase*)):ti,ab,kw #31. (palliat* OR terminal* OR endstage OR "end stage"):ti,ab,kw #32. ((end NEAR/3 life) OR (care NEAR/3 dying)):ti,ab,kw #33. ((advance* OR progressi* OR terminal*) NEAR/6 (ill* OR disease* OR condition*)):ti,ab,kw #34. (hospice*):ti,ab,kw #35. (hospice OR (nursing NEAR/3 home*)):ti,ab,kw #36. (life NEAR/3 threat*):ti,ab,kw #37. MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees #38. MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees #39. MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees #40. MeSH descriptor: [Hospice Care] explode all trees #41. #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 #42. #29 AND #41 in Reviews

10.3.9.2.3. Auswahl der Systematic Reviews

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			5
Screening			
Duplikate		0	5
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		26	4
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten in der palliativen Situation und Depression	-	
	E2. Intervention: Medikamentöse Therapie mit Psychedelika	-	
	E3. Outcome: Reduktion der Belastung durch Angst; UAW	-	
	E4. Studientyp: SysRev	-	
	E5. Zeitlimit: - 2025	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	-	
	A2. Doppelpublikation oder alte Version eines SysRev, das inzwischen aktualisiert wurde	-	
	A3. Studien, die als Nebeneffekt eine Behandlung der Angst erzielen konnten (z.B. bei Atemnot oder Schmerz)	-	
Gesamt ausgeschlossene Volltexte		1	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamt eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			1

10.3.9.2.1. Ketamin: Primärstudien (PICO 19.2)

10.3.9.2.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	10.03.2025	10.03.2025	10.03.2025
	Treffer	89	144	121
Suchstrategie		1.depressi*.mp[SK1] . 2. (depressi* adj3 symptom*).mp. 3.(depressi* adj3 disorder*).mp. 4.affective disorder*.mp. 5.(mood adj3 disorder*).mp. 6.(depressed adj3 patient*).mp. 7.(depressed adj3 symptom*).mp.2 8.1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 9. (ketamine or inducmina or ketalar or ketanest or calypso or narkamon or keta or velonarcon or ketmin or ketava or ketalin or ketina or brevinaze or ketahameln).ti,ab.10. ketamine.ti,ab. 11. 9 OR 10 10. 12 8 AND 11 13 exp randomized controlled trial/ 14. controlled clinical trial.pt. 15. randomized.ab 16.placebo.ab. 17. drug therapy.fs.18. randomly.ab. 19. trial.ab. 20. groups.ab. 21. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 22. exp animals/ not humans.sh. 23. 21 not 22 24. exp neoplasms/ 25. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$) [Title/Abstract] 26. exp Cancer Care Facilities/ 27. exp Oncology Service, Hospital/ 28. exp Medical Oncology/ 29. 24 o4 25 or 26 or 27 or 28 30 .12 and 23 and 29	1. depressi*.mp.2. (depressi* adj3 symptom*).mp. 3. (depressi* adj3 disorder*).mp. 4. affective disorder*.mp. 5. (mood adj3 disorder*).mp. 6. (depressed adj3 patient*).mp. 7. (depressed adj3 symptom*).mp. 8. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 9. (ketamine or inducmina or ketalar or ketanest or calypso or narkamon or keta or velonarcon or ketmin or ketava or ketalin or ketina or brevinaze or ketahameln).ti,ab.10. ketamine.ti,ab. 11. 9 OR 10 12. 8 AND 11 13. exp Randomized Controlled Trial/14. controlled clinical trial/ 15. random\$.ti,ab. 16. randomization/ 17. intermethod comparison/ 18. placebo.ti,ab. 19. (compare OR compared OR comparison).ti,ab. 20. ((evaluated OR evaluate OR evaluating OR assessed OR assess) AND (compare OR compared OR comparing OR comparison)).ab. 21. open label.ti,ab. 22. ((double OR single OR doubly OR singly) adj (blind OR blinded OR blindly)).ti,ab. 23. double blind procedure/ 24. parallel group\$1.ti,ab. 25. (crossover OR cross over).ti,ab. 26. ((assign\$ OR match OR matched OR allocation) adj5 (alternate OR group\$1 OR intervention\$1 OR patient\$1 OR subject\$1 OR participant\$1)).ti,ab. 27. (assigned OR allocated).ti,ab. 28. (controlled adj7 (study OR design OR trial)).ti,ab. 29. (volunteer OR volunteers).ti,ab. 30. human experiment/ 31. trial.ti,ab. 32. 13 OR 14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 33. (random\$ adj samp1\$ adj7 ("cross section\$" OR questionnaire\$1 OR survey\$ OR database\$1)).ti,ab. NOT	#1. MeSH descriptor: [Depression] explode all trees #2. depressi* OR (depressi* AND symptom*) OR (depressi* AND disorder*) OR affective disorder* OR (mood AND disorder*) OR (depressed AND patient*) OR (depressed AND symptom*) #3. #1 OR #2 #4. MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees #5. (ketamine OR inducmina OR ketalar OR ketanest OR calypso OR narkamon OR keta OR velonarcon OR ketmin OR ketava OR ketalin OR ketina OR brevinaze OR ketahameln) #6. #4 OR #5 #7. MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #8. (cancer* OR malignan* OR carcino* OR neoplasm* OR tumor* OR tumour* OR oncolog*) #9. MeSH descriptor: [Cancer Care Facilities] explode all trees #10. MeSH descriptor: [Oncology Service, Hospital] explode all trees #11. MeSH descriptor: [Medical Oncology] explode all trees #12. #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 #13. #3 AND #6 AND #12

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
		(comparative study/ OR controlled study/ OR randomi?ed controlled.ti,ab. OR randomly assigned.ti,ab.) 34. cross-sectional study/ NOT (exp randomized controlled trial/ OR controlled clinical trial/ OR controlled study/ OR randomi?ed controlled.ti,ab. OR control group\$1.ti,ab.) 35. ((case adj control\$) AND random\$) NOT randomi?ed controlled.ti,ab. 36. systematic review.ti,ab. NOT (trial.ti,ab. OR study.ti,ab.) 37. (non random\$ NOT random\$).ti,ab. 38. "random field\$".ti,ab. 39. (random cluster adj3 sample\$).ti,ab. 40. (review.ab. AND review.pt.) NOT trial.ti,ab. 41. "we searched".ab. AND (review.ti,ab. OR review.pt.) 42. "update review".ab. 43. (databases adj4 searched).ab. 44. (rat OR rats OR mouse OR mice OR swine OR porcine OR murine OR sheep OR lambs OR pigs OR piglets OR rabbit OR rabbits OR cat OR cats OR dog OR dogs OR cattle OR bovine OR monkey OR monkeys OR trout OR marmoset\$1).ti,ab. AND animal experiment/ 45. animal experiment/ NOT (human experiment/ OR human/) 46. 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 47. 32 NOT 46 48. exp Neoplasms/49. (cancer\$ OR malignan\$ OR carcino\$ OR neoplasm\$ OR tumor\$ OR tumour\$ OR oncolog\$).ti,ab. 50. exp Cancer Care Facilities/ 51. exp Oncology Service, Hospital/ 52. exp Medical Oncology/ 53. 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52 54. exp Terminal Care/55. exp Hospices/ 56. exp Palliative Care/ 57. exp Terminally Ill/ 58. (palliati\$ OR hospice\$ OR "terminal care" OR "terminally ill" OR dying OR "end of life" OR "end-	

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	Embase (ü. Ovid)	Cochrane
		of-life").ti,ab. 59. 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 60. 12 AND 47 AND 53 AND 59	

10.3.9.2.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			354
Screening			
Duplikate		70	284
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		253	31
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene mit Depression	4	
	E2. Studientyp: RCTs, CCTs	24	
Ausschlusskriterien A	A1. Augmentationsbehandlung		
	A2. Postoperative Depression	2	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		29	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamte eingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabellen)			1

10.3.10. Spiritualität

Im Rahmen der Aktualisierung der S3-Leitlinie Palliativmedizin wurde das Thema „Spiritualität“ erstmals als eigenständiges Kapitel aufgenommen. Das Umbrella-Review von Austin et al. (ein SysRev von SysRev) zu spirituellen Interventionen in der Palliativversorgung [14] wurde durch eine systematische Recherche nach Systematic Reviews aktualisiert. Das Review beinhaltet 27 SysRev zu 14 verschiedenen Interventionen, durch die Aktualisierung wurde 1 weiteres SysRev identifiziert. Zudem liegt ein umfangreiches SysRev von Balboni et al. zur Rolle von Spiritualität bei schweren Erkrankungen vor [15]. Aufgrund des Umfangs des Reviews mit ausführlichen Ergebnissen wird nicht erwartet, dass neuere Evidenz die Aussagen des SysRev ändern würde. Aus diesem Grund wird dieses SysRev zur Evidenzbasierung der

Kapitel Spirituelle Bedürfnisse und spirituelle Belastungen herangezogen sowie Qualifizierungsmaßnahmen für das Behandlungsteam herangezogen.

10.3.10.1. Suchstrategie (PICO 25.1)

Datenbank		Medline (über PubMed)	PsychInfo (ü. Ovid)	Cochrane
Suche	Datum	15.07.2025	15.07.2025	15.07.2025
	Treffer	99	22	1
Suchstrategie		1. spiritual care*.mp. 2. exp Spirituality/ 3. spirit*.mp. 4. existential need*.mp. 5. relig*.mp. 6. "meaning and purpose*".mp. 7. dignity therapy*.mp. or exp human dignity/ 8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 9. exp Palliative Care/ 10. exp Terminal Care/ 11. ("end of life care*" or Palliative* or terminal* or hospice* or Pastoral or supportive care*).mp. 12. 9 or 10 or 11 13. cochrane database of systematic reviews.jn. 14. search*.tw. 15. meta analysis.pt. 16. medline.tw. 17. systematic review.tw. 18. systematic review.pt. 19. 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 20. 8 and 12 and 19 21. limit 20 to yr="2024 - Current"	1. spiritual care.mp. 2. exp Spirituality/ 3. spirit*.mp. 4. existential needs.mp. 5. religious*.mp. 6. "meaning and purpose*".mp. 7. (dignity therap* or dignity).mp. 8. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 9. exp Palliative Care/ 10. ("end of life care*" or palliat* or terminal* or hospice* oder pastoral or supportive care*).mp. 11. 9 or 10 12. (((comprehensive* or integrative or systematic*) adj3 (bibliographic* or review* or literature)) or ((meta-analy* or metaanaly* or "research synthesis" or (information or data)) adj3 synthesis) or (data adj2 extract*).ti,ab,id. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. 13. 8 and 11 and 12 14. limit 13 to yr="2024 -Current"	#1. "spiritual care" #2. spirituality:kw or spirituality:ti or spirituality:abspirit*:ti,ab,kw #3. "existential needs" or "existential distress" or "existential support" #4. relig*:ti,ab,kw #5. "meaning and purpose" or "meaning in life" #6. "dignity therapy" or "human dignity" #7. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 #8. "palliative care":kw or "palliative care":ti or "palliative care":ab #9. "end of life care" or palliat* or terminal* or hospice* or "pastoral care" or "supportive care" #10. #9 or #10 #11. #8 AND #11 2024-Current
Bemerkungen:		Aktualisierung des Umbrella-Reviews von Austin et al. 2024 [14]		

10.3.10.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz (Psychoedukative Unterstützung)		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			122
Screening			
Duplikate		16	106
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		98	8
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit einer nicht-heilbaren Erkrankung, die spezialisierte Palliativversorgung erhalten	0	
	E2. Studientyp: SysRev	2	
	E3. Intervention: „Spiritual-Care“-Intervention, wobei 1) ein spirituales Konstrukt enthalten ist (z.B. religiöser Glaube, Würdetherapie, Biographiearbeit (life review), und 2) das Ziel der Intervention definiert ist (z.B. spirituelles Wohlbefinden, Hoffnung, Lebenssinn verbessern)	0	
	E4. Outcome: At least one spiritual/existential construct relating to quality of life, emotional symptoms, distress, wellbeing, hope and life-meaning, using a previously validated questionnaire	1	
Ausschlusskriterien A	A1. SysRev ist schon in Austin et al. 2024 eingeschlossen (oder von Austin et al. mit Begründung ausgeschlossen)	3	
	A2. Spezifische Population (z.B. Patienten mit Alzheimer-Erkrankung)	-	
	A3. Kein Volltext verfügbar	1	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		7	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			1
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte insgesamt (s. Evidenztabelle)			1

10.3.11. Todeswünsche

10.3.11.1. Übergreifende Suche nach SysRev
(PICO 26.1)

Da weiterhin insgesamt wenig Evidenz und Literatur zum Thema Todeswunsch zu erwarten war, wurde zunächst eine kapitelübergreifende Suche nach Systematic Reviews von quantitativen und qualitativen Studien durchgeführt. Hier wurde die zuvor benutzte Suchstrategie mit aktuellen Filtern aktualisiert.

10.3.11.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)
Suche	Datum	17.12.2024
	Treffer	28
Suchstrategie		1. exp Attitude to Death/ or exp Right to Die/ or exp Suicide, Assisted/ or exp Euthanasia/ or exp Euthanasia, Active 2. ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp.. 3. 1 or 2 4. exp Suicide, Attempted/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide/ 5. suicid*.mp. 6. 4 or 5 7. 3 or 6 8. exp Terminal Care/ 9. exp Hospices/ 10. exp Palliative Care/ 11. exp Terminally Ill/ 12. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 13. or/8-12 14. 7 and 13 15. exp neoplasms/ 16. (cancer\$ or malignan\$ or carcino\$ or neoplasm\$ or tumor\$ or tumour\$ or oncolog\$).mp. 17. exp Cancer Care Facilities/ 18. exp Oncology Service, Hospital/ 19. exp Medical Oncology 20. or/15-19 21. 20 and 14 22. cochrane database of systematic reviews.jn. 23. search*.tw. 24. meta analysis.pt. 25. medline.tw. 26. systematic review.tw. 27. or/22-26 28. 21 and 27 29. limit 28 to yr="2018-current"
Sentinel papers:		Rodriguez-Prat et al. 2024

10.3.11.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			28
Screening			
Duplikate		0	28
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		17	11
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit • Todeswunsch • oder mit Suizidalität und einer nicht heilbaren Krebserkrankung	1	
	E2. „Intervention“: • Erfassung von Todeswunsch • Umgang mit Todeswunsch • Qualitative Beschreibung von Todeswunsch	3	
	E3. Outcome: • Bei Erfassung: Validität/Reliabilität, Sensitivität/Spezifität von Erfassungsinstrumenten • Bei Umgang mit Todeswunsch: Steigerung, Minderung oder weitere Änderung der Suizidgedanken bzw. des Todeswunsches • Qualitative Beschreibung von Todeswunsch	2	
	E4. Studientyp: SysRev	1	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar	0	
	A2. Doppelpublikation oder alte Version eines SysRev, das aktualisiert wurde	1	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte			
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			3
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			3

10.3.11.2. Proaktives Thematisieren: Primärstudien

Da keine SysRevs zu diesem Thema identifiziert werden konnten, wurde eine Suche nach Primärstudien durchgeführt. Zudem war es der AG bekannt, dass es zu diesem Thema wenig Literatur gibt. So wurde in zwei Schritten vorgegangen: 1) Suche nach indirekter Evidenz bzgl. Patientenpopulation, wobei RCTs/CCTs gesucht wurden, die den Effekt eines Suizidscreening auf gesunden Probanden oder Patienten mit einer psychischen Erkrankung untersuchen; 2) Suche nach interventionellen, Beobachtungs- und Querschnitt-Studien, die den Effekt des proaktiven Thematisierens von Todeswünschen bei Patienten in der Palliativsituation im Rahmen untersuchen (direkte Evidenz).

10.3.11.2.1. Thematisieren von suizidalen Gedanken/Suizidalität in einer allgemeinen Population (indirekte Evidenz)

(PICO 27.1)

10.3.11.2.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	PsycInfo (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	18.12.2024	18.12.2024	18.12.2024
	Treffer	846	779	1156
Suchstrategie		- exp Attitude to Death/ or exp Right to Die/ or exp Suicide, Assisted/ or exp Euthanasia/ or exp Euthanasia, Active ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 1 or 2 - exp Suicide, Attempted/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide/ - suicid*.mp. 4 or 5 3 or 6 - exp Interview, Psychological/ - exp Mass Screening/ - exp Medical History Taking/ - exp Physician-Patient Relations/ ((("suicid* adj2 assessment" or (clinical or medical)) adj (interview* or history))).mp. - screening.mp. - or/8-13 - exp randomized controlled trial/ - controlled clinical trial.pt. - randomized.ab. - placebo.ab. - drug therapy.fs. - randomly.ab. - trial.ab. - groups.ab. - or/15-22 - exp animals/ not humans.sh. 23 not 24 25 and 7 and 14 - limit 26 to yr="2016-current"	- exp "DEATH AND DYING"/ or exp DEATH ATTITUDES/ ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 1 or 2 - exp ATTEMPTED SUICIDE/ or exp ASSISTED SUICIDE/ or exp SUICIDE PREVENTION/ or exp SUICIDE/ - suicid*.mp. 4 or 5 3 or 6 - exp INTERVIEWS/ - exp SCREENING TESTS/ or exp PSYCHOLOGICAL SCREENING INVENTORY/ or exp HEALTH SCREENING/ or exp exp Patient History/ ((("suicid* adj2 assessment" or (clinical or medical)) adj (interview* or history))).mp. - screening.mp. - or/8-12 7 and 13	- MeSH descriptor: [Attitude to Death] explode all trees - MeSH descriptor: [Right to Die] explode all trees - MeSH descriptor: [Suicide, Assisted] explode all trees - MeSH descriptor: [Euthanasia] explode all trees ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) near/2 (die or death or dying))):ti,ab,kw #1 or #2 or #3 or #4 or #5 - MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees - suicid*:ti,ab,kw #7 or #8 #6 or #9 - MeSH descriptor: [Interview, Psychological] explode all trees - MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees - MeSH descriptor: [Medical History Taking] explode all trees - MeSH descriptor: [Physician-Patient Relations] explode all trees ((("suicid* adj2 assessment" or (clinical or medical)) near (interview* or history))):ti,ab,kw - screening:ti,ab,kw #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 #10 and #17 [in Trials] Filter year 2026-2024

10.3.11.2.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehend eTreffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			2781
Screening			
Duplikate		354	2428
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		2363	10
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit potentiellen Suizidgedanken oder einem potentiellen Todeswunsch	-	
	E2. Intervention: proaktives Thematisieren von Suizidgedanken oder Todeswunsch im Rahmen eines Screening- oder Assessment-Verfahren oder eines klinischen Interviews.	1	
	E3. Outcome: Steigerung, Minderung oder weitere Änderung der Suizidgedanken bzw. des Todeswunsches; Distress	2	
	E4. Studientyp: Originale Daten aus RCTs, CCTs	4	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar		
	A2. Spezielle, nicht relevante Patientenpopulation (z.B. Kinder)		
Gesamtausgeschlossene Volltexte		7	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			3
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			-
Gesamte eingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			3

10.3.11.2.1. Thematisieren von Todeswünschen in einer palliativmedizinischen Population (direkte Evidenz)

(PICO 27.2)

10.3.11.2.1.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	PsycInfo (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	18.12.2024	18.12.2024	18.12.2024
	Treffer	157	139	10
Suchstrategie		1. exp Attitude to Death/ or exp Right to Die/ or exp Suicide, Assisted/ or exp Euthanasia/ or exp Euthanasia, Active/ 2. ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 3. 1 or 2 4. Communication/ or communicat*.ti,ab. or communicat*.ot. or conversat*.ti,ab. or messag*.ti,ab. or "knowledge transfer".ti,ab. or informing.ti,ab. or information.ti. or "patient education as topic"/ or "patient education".ti,ab. or "nonverbal communication"/ or "health communication"/ or "psychotherapeutic processes"/ or discussi*.ti,ab. or dialog*.ti,ab. or "truth disclosure".ti,ab. or consult*.ti,ab. or "professional-patient relations"/ or "physician-patient relations"/ 5. ((patient or client) and (physician or specialist or oncologist or professional or doctor or clinician or provider)).ti,ab. and ((interaction* or relation* or communication* or discussion*).ti,ab. or interview*.mp.) 6. ((patient or client) and (physician or specialist or oncologist or professional or doctor or clinician or provider) and (interaction* or relation* or communication* or discussion* or interview*).ot. 7. 4 or 5 or 6 8. exp Terminal Care/ 9. exp Hospices/ 10. exp Palliative Care/ 11. exp Terminally Ill/ 12. (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally	1. exp attitude to death/ or exp right to die/ or exp assisted suicide/ or exp euthanasia/ or exp active euthanasia/ 2. ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 3. 1 or 2 4. exp communication/ or communicat*.ti,ab. or communicat*.ot. or conversat*.ti,ab. or messag*.ti,ab. or "knowledge transfer".ti,ab. or informing.ti,ab. or information.ti. or exp patient education/ or "patient education".ti,ab. or exp nonverbal communication/ or exp health communication/ or exp psychotherapeutic process/ or discussi*.ti,ab. or dialog*.ti,ab. or "truth disclosure".ti,ab. or consult*.ti,ab. or exp professional-patient relation/ or exp physician-patient relation/ 5. ((patient or client) and (physician or specialist or oncologist or professional or doctor or clinician or provider)).ti,ab. and ((interaction* or relation* or communication* or discussion*).ti,ab. or interview*.mp.) 6. ((patient or client) and (physician or specialist or oncologist or professional or doctor or clinician or provider) and (interaction* or relation* or communication* or discussion* or interview*).ot. 7. 4 or 5 or 6 8. exp terminal care/ 9. exp hospice care/ 10. exp palliative therapy/ 11. exp terminally ill patient/	#1. [MeSH descriptor: [Attitude to Death] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Right to Die] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Suicide, Assisted] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Euthanasia] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Euthanasia, Active] explode all trees] #2. ("hasten* death" OR "hasten* dying" OR ((desire OR wish) NEAR/2 (die OR death OR dying))) : ti,ab,kw #3. #1 OR #2 #4. [MeSH descriptor: [Communication] explode all trees] OR communicat*: ti,ab,kw OR conversat*: ti,ab,kw OR messag*: ti,ab,kw OR "knowledge transfer": ti,ab,kw OR informing: ti,ab,kw OR information: ti,ab,kw OR [MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees] OR "patient education": ti,ab,kw OR [MeSH descriptor: [Nonverbal Communication] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Health Communication] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Psychotherapeutic Processes] explode all trees] OR discussi*: ti,ab,kw OR dialog*: ti,ab,kw OR "truth disclosure": ti,ab,kw OR consult*: ti,ab,kw OR [MeSH descriptor: [Professional-Patient Relations] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Physician-Patient Relations] explode all trees] #5. ((patient OR client) AND (physician OR specialist OR oncologist OR professional OR doctor OR clinician OR

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	PsycInfo (ü. Ovid)	Cochrane Library
	ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 13. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. Epidemiologic studies/ 15. exp case control studies/ 16. exp cohort studies/ 17. Case control.tw. 18. (cohort adj (study or studies)).tw. 19. Cohort analy\$.tw. 20. (Follow up adj (study or studies)).tw. 21. (observational adj (study or studies)).tw. 22. Longitudinal.tw. 23. Retrospective.tw. 24. Cross sectional.tw. 25. Cross-sectional studies/ 26. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 27. 3 and 7 and 13 and 26 28. limit 27 to yr="2016-current"	12. (palliativ* or hospice* or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. 13. 8 or 9 or 10 or 11 or 12 14. exp epidemiology/ or exp epidemiologic study/ 15. exp case control study/ 16. exp cohort analysis/ 17. case control.tw. 18. (cohort adj (study or studies)).tw. 19. cohort analy*.tw. 20. (follow up adj (study or studies)).tw. 21. (observational adj (study or studies)).tw. 22. longitudinal.tw. 23. retrospective.tw. 24. cross sectional.tw. 25. exp cross-sectional study/ 26. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 27. 3 and 7 and 13 and 26 28. limit 27 to yr="2016 - Current"	provider)): ti,ab,kw AND ((interaction* OR relation* OR communication* OR discussion*): ti,ab,kw OR interview*: ti,ab,kw) #6. #4 OR #5 #7. [MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Hospices] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees] OR (palliativ* OR hospice* OR "terminal care" OR "terminally ill" OR dying OR "end of life" OR "end-of-life"): ti,ab,kw #8. [MeSH descriptor: [Epidemiologic Studies] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Case-Control Studies] explode all trees] OR [MeSH descriptor: [Cohort Studies] explode all trees] OR "case control": ti,ab,kw OR (cohort NEAR/1 (study OR studies)): ti,ab,kw OR "cohort analy*": ti,ab,kw OR ("follow up" NEAR/1 (study OR studies)): ti,ab,kw OR (observational NEAR/1 (study OR studies)): ti,ab,kw OR longitudinal: ti,ab,kw OR retrospective: ti,ab,kw OR "cross sectional": ti,ab,kw OR [MeSH descriptor: [Cross-Sectional Studies] explode all trees] #9. #3 AND #6 AND #7 AND #8

10.3.11.2.1.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abziehend eTreffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			306
Screening			
Duplikate		62	244
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		240	4
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten in der Palliativsituation mit potentiellen Todeswunsch	-	
	E2. Intervention: proaktives Thematisieren von Todeswunsch im Rahmen eines klinischen Interviews.	1	
	E3. Outcome: Steigerung, Minderung oder weitere Änderung der Suizidgedanken bzw. des Todeswunsches; Distress	1	
	E4. Studientyp: interventionelle und Beobachtungsstudien, Querschnittstudien	-	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract verfügbar		
	A2. Spezielle, nicht relevante Patientenpopulation (z.B. Kinder)		
Gesamtausgeschlossene Volltexte		2	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			2
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamteeingeschlossene Volltexte (s. Evidenztabelle)			2

10.3.11.3. Umgang mit Todeswünschen: Primärstudien (PICO 28.1)

Da im Rahmen der übergreifenden Such nach SysRev nur ein SysRev zu diesem Thema identifiziert werden konnte, der lediglich eine bestimmte Therapieform untersuchte, wurde eine ergänzende Suche nach Primärstudien durchgeführt, die ergebnislos blieb.

10.3.11.3.1. Suchstrategie

Datenbank		Medline (ü. Ovid)	PsycINFO (ü. Ovid)	Cochrane Library
Suche	Datum	08.01.2025	08.01.2025	08.01.2025
	Treffer	387	1100	37
Suchstrategie		- exp Attitude to Death/ or exp Right to Die/ or exp Suicide, Assisted/ or exp Euthanasia/ or exp Euthanasia, Active/ ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 1 or 2 - exp Suicide, Attempted/ or exp Suicidal Ideation/ or exp Suicide/ suicid*.mp. 4 or 5 - exp Terminal Care/ - exp Hospices/ - exp Palliative Care/ - exp Terminally Ill/ (palliativ\$ or hospice\$ or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life").mp. - or/7-11 - exp neoplasms/ (cancer* or malignan* or carcino* or neoplasm* or tumor* or tumour* or oncolog*).mp. 13 or 14 6 and 12 and 15 3 or 16 - Randomized Controlled Trials as Topic/ - Randomized controlled trial/ - Random Allocation/ - Double Blind Method/ - Single Blind Method/ - clinical trial/ - clinical trial, phase i.pt. - clinical trial, phase ii.pt. - clinical trial, phase iii.pt. - clinical trial, phase iv.pt. - controlled clinical trial.pt. - randomized controlled trial.pt. - multicenter study.pt. - clinical trial.pt. - exp Clinical Trials as topic/ (clinical adj trial\$).tw. ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw. - placebos/ - placebo\$.tw. - randomly allocated.tw. (allocated adj2 random\$).tw. - or/18-38 - case report.tw. - historical article/	- exp "DEATH AND DYING"/ or exp DEATH ATTITUDES/ ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 1 or 2 - exp ATTEMPTED SUICIDE/ or exp ASSISTED SUICIDE/ or exp SUICIDE PREVENTION/ or exp SUICIDE/ suicid*.mp. 4 or 5 - exp Terminally Ill Patients/ or exp PALLIATIVE CARE/ or exp "Death and Dying"/ or exp Hospice/ ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) adj2 (die or death or dying))).mp. 7 or 8 - exp Neoplasms/ (cancer* or malignan* or carcino* or neoplasm* or tumor* or tumour* or oncolog*).mp. 10 or 11 6 and 9 and 12 3 or 13 - limit 14 to "0300 clinical trial"	#1 MeSH descriptor: [Attitude to Death] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Right to Die] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Euthanasia] explode all trees #4 ("hasten* death" or "hasten* dying" or ((desire or wish) near/2 (die or death or dying)):ti,ab,kw #5 #1 or #2 #3 or #4 #6 MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees #7 suicid*:ti,ab,kw #8 #6 or #7 #9 MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees #10 MeSH descriptor: [Palliative Care] explode all trees #11 MeSH descriptor: [Hospices] explode all trees #12 MeSH descriptor: [Terminally Ill] explode all trees #13 (palliativ* or hospice* or "terminal care" or "terminally ill" or dying or "end of life" or "end-of-life"):ti,ab,kw #14 #9 or #10 or #11 or #12 or #13 #15 MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees #16 (cancer* or malignan* or carcino* or neoplasm* or tumor* or tumour* or oncolog*):ti,ab,kw #17 #15 or #16 #18 #8 and #14 and #17 In: Trials

Datenbank	Medline (ü. Ovid)	PsycINFO (ü. Ovid)	Cochrane Library
	42. or/40-41 43. 39 not 42 44. 17 and 43		

10.3.11.3.2. Auswahl der Evidenz

Auswahl der Evidenz		Abzuziehende Treffer	n =
Identifikation			
Gesamttreffer der Datenbanksuche			1524
Screening			
Duplikate		217	1307
Nicht-relevant nach Titel- und Abstractscreening		1259	43
Eligibility (Sichtung der Volltexte)		Nicht-E od. A	
Einschlusskriterien E	E1. Population: Erwachsene Patienten mit einer Krebserkrankung oder in der Palliativsituation sowie mit potentieller Suizidalität oder einem potentiellen Todeswunsch	2	
	E2. Intervention: jegliche therapeutischen Verfahren	13	
	E3. Outcome: Minderung der Belastung durch Todeswunsch/Suizidalität	6	
	E4. Studientyp: RCTs, CCTs	9	
Ausschlusskriterien A	A1. Nur Abstract oder Studienprotokoll verfügbar	3	
Gesamte ausgeschlossene Volltexte		33	
Gesamte eingeschlossene Volltexte der Datenbanksuche			0
Gesamte eingeschlossene Volltexte durch Handsuche			
Gesamte eingeschlossene Volltexte			0

10.4. Recherche nach internationalen Qualitätsindikatoren

Das Kapitel QI wird im weiteren Verlauf des Leitlinienprozesses noch überarbeitet.

10.4.1. Rechercheauftrag

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde die Deutsche Krebsgesellschaft unter Leitung von Dr. Martin Utzig beauftragt.

10.4.2. Recherchestrategien

10.4.3. Rechercheergebnisse

Ausschlussgründe:

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlüsselfragen und ihre Bearbeitungsstrategie.....	7
Tabelle 2: Evidenzklassifikation gemäß Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011	13
Tabelle 3. verwendete Empfehlungsgrade	16
Tabelle 4. Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke	18
Tabelle 5. Kategorisierung der Interessenkonflikte mit dem jeweiligen Interessenkonfliktmanagement gemäß Empfehlung der AWMF-Kommission Leitlinien	64
Tabelle 6: PICO-Fragestellungen.....	134

12. Literatur

1. Liberati, A., et al., *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration*. Ann Intern Med, 2009. **151**(4): p. W65-94.
2. Bower, J.E., et al., *Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO-Society for Integrative Oncology Guideline Update*. J Clin Oncol, 2024. **42**(20): p. 2456-2487.
3. Bundesärztekammer (BÄK), K.B.K., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF),, *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, Version 3.2.*, in www.leitlinien.de/depression 2022, DOI: 10.6101/AZQ/000505.
4. Levoy, K., et al., *Don't Throw the Baby Out With the Bathwater: Meta-Analysis of Advance Care Planning and End-of-life Cancer Care*. J Pain Symptom Manage, 2023. **65**(6): p. e715-e743.
5. Burge, A.T., et al., *Breathing techniques to reduce symptoms in people with serious respiratory illness: a systematic review*. Eur Respir Rev, 2024. **33**(174).
6. Liu, X., Y.Q. Wang, and J. Xie, *Effects of Breathing Exercises on Patients With Lung Cancer*. Oncol Nurs Forum, 2019. **46**(3): p. 303-317.
7. Barnes, H., J. McDonald, N. Smallwood, and R. Manser, *Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **3**: p. CD011008.
8. Chow, R., et al., *Prophylaxis and treatment of cancer-related dyspnea with pharmacologic agents: A systematic review and network meta-analysis*. Palliat Support Care, 2022. **20**(5): p. 744-751.
9. Simon, S.T., et al., *Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **10**: p. CD007354.
10. Mücke, M., et al., *Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care*. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **5**: p. CD006788.
11. Benze, G., B. Alt-Epping, A. Geyer, and F. Nauck, *[Treatment of nausea and vomiting with prokinetics and neuroleptics in palliative care patients : a review]*. Schmerz, 2012a. **26**(5): p. 500-14.
12. Benze, G., A. Geyer, B. Alt-Epping, and F. Nauck, *[Treatment of nausea and vomiting with 5HT3 receptor antagonists, steroids, antihistamines, anticholinergics, somatostatinantagonists, benzodiazepines and cannabinoids in palliative care patients : a systematic review]*. Schmerz, 2012b. **26**(5): p. 481-99.
13. Schipper, S., et al., *Psychedelic-assisted therapy for treating anxiety, depression, and existential distress in people with life-threatening diseases*. Cochrane Database Syst Rev, 2024. **9**(9): p. CD015383.
14. Austin, P.D., W. Lee, R. Keall, and M.R. Lovell, *Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews*. Palliat Med, 2025. **39**(1): p. 70-85.
15. Balboni, T.A., et al., *Spirituality in Serious Illness and Health*. JAMA, 2022. **328**(2): p. 184-197.