

Jahres- und Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10



Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd
Kliniken Ostalb

Verantwortlicher Mitarbeiter: LA Palliativmedizin T. von Saint-George



Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Inhaltsverzeichnis

1.0 Vorwort

2.0 Leitbild und Ziele der Palliativstation D10

- 2.1 Allgemeines Leitbild des Onkologischen Zentrums (OZ)
- 2.2 Erweitertes Leitbild der Palliativstation D10
- 2.3 Ziele der stationären Palliativmedizin

3.0 Allgemeine Daten und Informationen zur Palliativstation D10

- 3.1 Basisdaten
- 3.2 Räumliche Voraussetzungen
- 3.3 Apparative Voraussetzungen
- 3.4 Personelle Voraussetzungen
 - 3.4.1 Ärztlicher Bereich
 - 3.4.2 Pflegerischer Bereich
 - 3.4.3 Therapieteam
- 3.5 Diagnostisches und therapeutisches Spektrum
- 3.6 Kooperationen

4.0 Leitungsstruktur

- 4.1 Ärztliche Leitung
- 4.2 Pflegerische Leitung

5.0 Daten und Zahlen zum Jahr 2025

- 5.1 Allgemeiner Kommentar zu den Leistungszahlen des Jahres 2025
 - 5.1.1 Anzahl, Geschlecht und Alter der behandelten Patient*innen 2025
 - 5.1.2 Zuweiserstruktur
 - 5.1.2.1 Behandelte Krankheitsentitäten
 - 5.1.2.1.1 Allgemeine Angaben zu den behandelten Krankheitsentitäten
 - 5.1.2.1.2 Erweiterte Angaben zu den behandelten Krankheitsentitäten
 - 5.1.2.2 Mortalität
 - 5.1.2.3 Verweil- und Behandlungsdauer
 - 5.1.2.4 DRG-Planung und Erlössicherung (*allgemeine Angaben*)
 - 5.1.2.5 DRG-Planung und Erlössicherung (*spezifische Angaben – nur interne Version*)
 - 5.1.2.5.1 Casemix-Punkte (CMP) und Casemix-Index (CMI) (*spezifische Angaben – nur interne Version*)
 - 5.1.2.5.2 Verweildauer (*spezifische Angaben – nur interne Version*)
 - 5.1.2.5.3 Zusatzentgelte (*spezifische Angaben – nur interne Version*)
 - 5.1.2.5.4 Hybrid-DRG (*spezifische Angaben – nur interne Version*)
 - 5.2 Weitere Leistungszahlen und Qualitätsmaßnahmen
 - 5.2.1 Durchführung eines Symptomscreenings < 72 Stunden vor dem Tod
 - 5.2.2 Strukturierung der Indikationsstellung, Planung und Durchführung sedierender Maßnahmen
 - 5.2.3 Symptomkontrolle - Schmerzreduktion
- 5.3 Personelle Entwicklungen 2025
 - 5.3.1 Ärztlicher Dienst
 - 5.3.2 Pflegerischer Dienst
 - 5.3.3 Therapeutisches Team
- 5.4 Fort- und Weiterbildungen
- 5.5 Zertifizierungen und Anerkennungen
- 5.6 Ambulante Versorgungslage, Coping und Compliance

6.0 Veranstaltungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- 6.1 Multiprofessionelle Teambesprechungen
- 6.2 Palliativmedizinische Qualitätszirkel
- 6.3 Teilnahme an der interdisziplinären Tumorkonferenz
- 6.4 Palliativmedizinisches Screening hämatologischer Patient*innen
- 6.5 Supervisionen

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

- 6.6 Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungen
- 6.7 CIRS/Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- 6.8 Ethische Visiten, ethische Fallbesprechungen und weitere Medizin-ethisch Aktivitäten
- 6.9 Assessments
- 6.10 Einführung der PCOC-Palliativphasen

7.0 Weitere Angaben (2025) und Aussichten bzw. Planungen für das Jahr 2026

8.0 Schlusswort, Danksagungen

9.0 Impressum und Disclaimer

10.0 Anhang

1.0 Vorwort

„Dem Leben mehr lebenswerte Tage geben“

Liebe Leserin, lieber Leser,

Seit der Emanzipation der Palliativmedizin als eigenes medizinisches Fach in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts galt und gilt (*teilweise bis heute*) der von Cicely Saunders geprägte Satz *„Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben“* als primäres Ziel der Palliativbewegung. Die „Palliativmedizin“ hat sich seit ihrer „Entwicklung“ inzwischen jedoch grundlegend weiterentwickelt und als eigenständige hochspezialisierte medizinische Disziplin etabliert.

„Moderne Palliativmedizin ist mehr als Terminalversorgung und Sterbebegleitung!“

Eine palliativmedizinische Frühintegration, direkt nach Diagnosestellung einer unheilbaren Erkrankung, kann nicht nur Leben verlängern, sondern die Lebensqualität der Patient*innen in jeder Phase der Erkrankung verbessern. Ziel der Palliativmedizin sollte es aus unserer Sicht daher sein, in enger Kooperation, u.a. mit der Hämato-Onkologie, *„dem Leben mehr lebenswerte Tage“* zu geben. Für dieses Ziel arbeiten wir, das Team der Palliativstation, täglich multiprofessionell, interdisziplinär und Patienten-orientiert. Mit dem „Jahres- und Qualitätsbericht 2025“ möchten wir, wie auch in den Vorjahren, erneut einen Einblick in unsere tägliche Arbeit, unsere Ziele und die erreichten Leistungszahlen geben.

Das Jahr 2025 wurde auch in der Palliativmedizin von den Umstrukturierungsmaßnahmen innerhalb der Kliniken Ostalb geprägt. Die Konzentration hämato-onkologischer Leistungen in Schwäbisch Gmünd und der geplante Umzug der Klinik für Urologie von Ellwangen an den Standort Stauferklinikum führen absehbar zu einem wachsenden Bedarf palliativmedizinischer Leistungen was alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellen wird bzw. schon stellt.

Das pflegerische Therapieteam blieb auch im Betrachtungsjahr 2025 erfreulicherweise weiter stabil. Die Anzahl der am Stauferklinikum tätigen Ärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ war jedoch weiter rückläufig was zu einer deutlichen Mehrbelastung der verbliebenen Kolleg*innen führte.

Als ebenfalls belastend wurde durch das Palliativteam auch ein zunehmender Druck hinsichtlich einer Fallzahlensteigerung und Verkürzung der Liegedauer erlebt. Während sich Patient*innen sowie An-/Zugehörige aufgrund der vergleichsweise guten pflegerischen und medizinischen Versorgung oftmals deutlich längere Verweildauern auf der Palliativstation wünschten und zunehmend unrealistische Anforderungen an die weitere ambulante Versorgung stellten, erschwerte der seit Jahren zunehmende Rückgang medizinischer Versorgungsressourcen für schwer- und schwerstkranke Patient*innen eine zeitnahe ambulante Versorgung deutlich. Trotz o.g. Einschränkungen und Probleme konnten die Leistungszahlen der Vorjahre erfreulicherweise weitgehend aufrechterhalten werden.

Zudem konnten 2025 mehrere Qualitätsmaßnahmen und Projekte, u.a. auch hinsichtlich einer weiter angestrebten DGP-Zertifizierung, eingeführt bzw. umgesetzt werden. Beispielhaft seien hier z.B. die Einführung der PCOC-Palliativphasen (*Kapitel 6.10*), ein erweitertes (*Stations-eigenes*) Assessment für die Final- bzw. Sterbephase (*Kapitel 5.2.1*) sowie die Teilnahme an einem palliativ-spezifischen CIRS-System genannt.

Das Team der Palliativstation ist trotz o.g. Probleme und Belastungen weiterhin gut aufgestellt und sieht einer wachsenden Bedeutung der Palliativmedizin am Standort Stauferklinikum positiv entgegen.

Schwäbisch Gmünd im Februar 2026

Thomas von Saint-George
Leitender Arzt Palliativmedizin

Lisa-Marie Friederich
Stationsleitung Palliativstation D10

2.0 Leitbild und Ziele der Palliativstation D10

2.1 Allgemeines Leitbild des Onkologischen Zentrums (OZ)

Die Palliativstation des Stauferklinikums ist organisatorisch dem Zentrum für Innere Medizin (ZIM) bzw. dem DKG-zertifizierten Onkologischen Zentrum (OZ) der Kliniken Ostalb zugeordnet. Primär gilt daher auch für die „Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung“ (SSPV), d.h. die Palliativstation, das Leitbild des Onkologischen Zentrums:

„Der Mensch steht im Mittelpunkt aller Bemühungen. Er soll alle notwendigen Behandlungsprozesse optimal aufgeklärt und zielgerichtet durchlaufen.“

2.2 Erweitertes Leitbild der Palliativstation D10

Vom multiprofessionellen Team der Palliativstation wurde darüber hinaus im Jahr 2023 erstmals ein eigenes erweitertes Leitbild für die stationäre Palliativversorgung formuliert:

„Die Palliativstation des Stauferklinikums ist ein Ort des Lebens, an dem auch das Sterben zugelassen wird, wenn die Zeit dafür gekommen ist.“

Wir sind ein lebensbejahendes multiprofessionelles Therapieteam, in dem jede bzw. jeder Einzelne Verantwortung für eine vertrauensvolle und wertschätzende Zusammenarbeit übernimmt. Moderne Palliativmedizin ist mehr als Sterbebegleitung! Sie geht Hand in Hand mit der modernen Hämato-Onkologie, beginnt im Idealfall mit der Diagnosestellung einer unheilbaren Erkrankung und begleitet die Patientin bzw. den Patienten und seine An-/Zugehörigen in jeder Phase seiner bzw. Ihrer Erkrankung.

Die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten erfolgt nach dem Prinzip des „TOTAL PAIN“, in dem körperlichen, psychischen, spirituellen und sozialen Schmerzen und Nöte einander gleichgestellt und interdisziplinär sowie multiprofessionell behandelt werden.

Das Sterben sehen wir als Teil des Lebens, eine aktive Sterbehilfe lehnen wir ab. Die Würde und die Einzigartigkeit jedes einzelnen Menschen werden im Leben wie im Sterben und auch bis über den Tod hinaus geachtet. Jede Patientin und jeder Patient erfährt die gleiche respektvolle Zuwendung, unabhängig von seiner Herkunft, Religion, sexuellen Orientierung und seiner Weltanschauung.“

2.3 Ziele der stationären Palliativmedizin

- Eine möglichst frühe Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept unheilbar erkrankter Menschen.
- Eine fachlich wie menschlich ausgezeichnete Betreuung unserer Patient*innen.
- Eine Behandlung nach dem Prinzip des „TOTAL PAIN“ bei den somatischen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzkomponenten als gleichwertig angesehen und ganzheitlich in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Setting behandelt werden.
- Ein hohes Maß an Respekt gegenüber unseren Patient*innen sowie deren An-/Zugehörigen.
- Achtung der Würde jedes einzelnen Individuums bis über den Tod hinaus, unabhängig von der ethischen und sozialen Herkunft, der individuellen Weltanschauung und der sexuellen Orientierung.
- Ein hohes Maß an Respekt, Kollegialität und Fürsorge unter den einzelnen Berufsgruppen des therapeutischen Teams.
- Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen bzw. von Beeinflussung z.B. durch die Pharmaindustrie oder die Politik.
- Unterstützung der Klinikleitung hinsichtlich einer adäquaten Vergütung der erbrachten Leistungen durch eine sorgfältige Dokumentation sowie eine effiziente Arbeitsweise.
- Ständiges Streben nach Verbesserung sowohl der Leistungszahlen wie auch der medizinischen und menschlichen Behandlungsqualität.

3.0 Allgemeine Daten und Informationen zur Palliativstation D10

3.1 Basisdaten

Bezeichnung: Palliativstation D10

Standort: Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Anzahl belegbarer Betten: 12

Anzahl Einbettzimmer: 12

Anzahl Mehrbettzimmer: 0

Möglichkeit zum „rooming-in“ für An-/Zugehörige: vorhanden (12 Betten)

Behandlungsniveau: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8.98e)

Dokumentation: vollständig digitalisiert (Klinikinformations- und Verwaltungssystem MEDICO sowie palliativmedizinisches Verwaltungsprogramm „PalliDoc“)

Anzahl Behandlungsfälle 2025: 399

Anzahl behandelte Patient*innen 2025: 319

3.2 Räumliche Voraussetzungen

Die Palliativstation D10 verfügt über 12 belegbare Betten in 12 Einzelzimmern. Die Größe und Ausstattung der Patient*innenzimmer ermöglicht ein bedarfsweises „rooming-in“ für An-/Zugehörige. Darüber hinaus verfügt die Palliativstation (neben Räumen für das Personal sowie Pfleгарbeitsräume etc.) über folgende Räumlichkeiten:

- Sonographie- und Eingriffsraum (z.B. für Punktionen)
- Wohnlich eingerichteter Multifunktionsraum für Patient*innen („Wohnzimmer“)
- Patientenküche
- Multifunktions- und Besprechungsraum
- Teil-überdachte Terrasse mit Raucherbereich

3.3 Apparative Voraussetzungen

Die Palliativstation D10 verfügt (routinemäßig) über die folgende medizintechnische Ausstattung:

- Spritzenpumpen zur kontinuierlichen Medikamentengabe (in ausreichender Anzahl)
- Infusionsgeräte (in ausreichender Anzahl)
- 2 PCA-Pumpen vom Typ CADD Solis zur Patientengesteuerten kontinuierlichen Schmerztherapie
- 2 Absauggeräte
- 3 „high-flow“-Sauerstoffgeräte
- 1 tragbares Sonographiegerät (Sonographie- und Eingriffsraum)
- 1 Therapie-Wärme-Farblampe
- Projektionsgerät Qwiek.up ab 01/2026 (siehe Kapitel 7.0)

Bei entsprechendem Bedarf können weitere medizintechnische Geräte zur Diagnostik und Behandlung der Patienten der Palliativstation von den anderen stationären Strukturen des Stauferklinikums kurzfristig herangezogen werden, z.B.

- Telemetrie-Überwachung
- „bed-side“-Überwachungsmonitore
- CPAP-Atemunterstützung

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

3.4 Personelle Voraussetzungen

3.4.1 Ärztlicher Bereich

Die Palliativstation des Stauferklinikums wird während der Kernarbeitszeiten (*Montag bis Freitag von 7.30 bis 16.00 Uhr*) durchgehend durch eine Fachärztin bzw. durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ betreut. Außerhalb der o.g. Kernarbeitszeit ist die spezialisierte palliativmedizinische ärztliche Versorgung über einen eigenen palliativmedizinischen Hintergrund 24/7/365 gesichert. An Wochenenden und Feiertagen erfolgt ebenfalls eine Betreuung durch eine Fachärztin bzw. Facharzt mit o.g. Zusatzbezeichnung.

Im Jahr 2025 waren im Zentrum für Innere Medizin des Stauferklinikums folgende Fachärzt*innen mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ tätig:

- Chefarzt Prof. Dr. med. H. Hebart
- Leitender Arzt Palliativmedizin T. von Saint-George
- Leitender Arzt Onkologie M. Pfisterer
- Oberärztin Dr. med. C. Elsässer-Hägele
- Oberärztin Dr. med. C. Linnert (*bis 31.12.2025*)

3.4.2 Pflegerischer Bereich

- Der pflegerische Dienst der Palliativstation bestand 2025 (*inklusive Mitarbeiter*innen in Mutterschutz und Elternzeit sowie auf externer Weiterbildung „Onkologische Fachpflege“*) aus 14,6 VK (*2024: 14,35 VK*), die sich auf insgesamt 20 Mitarbeiter*innen verteilen.
- Die personellen Empfehlungen und Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (*DGP*) wurden im pflegerischen Bereich damit weiterhin erfüllt.
- Derzeit (*Stand 01/2025*) besitzen 3 Pflegekräfte die Zusatzweiterbildung „Onkologie & Palliative Care“, 7 weitere Pflegekräfte besitzen die Zusatzweiterbildung „Palliative Care“.
- Es erfolgt eine ständige Fort- und Weiterbildung innerhalb des pflegerischen Teams. Aktuell befindet sich eine weitere Pflegekraft in der Weiterbildung „Onkologie & Palliative care“, in den kommenden Jahren werden absehbar weitere Pflegekräfte o.g. Zusatzweiterbildungen absolvieren.

3.4.3 Therapieteam

Das reguläre Therapieteam der stationären Palliativmedizin umfasst folgende Berufsgruppen bzw. Leistungen:

- Psychoonkologie
- Seelsorge (*katholisch/evangelisch/muslimisch*)
- Krankengymnastik/Physiotherapie/Massage
- Entspannungstherapie
- Kunsttherapie
- Aromapflege
- Sozialdienst
- Brückenpflege
- Ambulanter Hospizdienst
- Musiktherapie
- Stationsassistenten
- Reinigungsdienst
- BFD- bzw. FSJ-Leistende

Bei entsprechendem Bedarf können zudem folgende Berufsgruppen bzw. Leistungen konsiliarisch zur Behandlung der Patient*innen hinzugezogen werden:

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

- Ergotherapie
- Logopädie
- Beatmungspflege
- Stoma- und Wundmanagement
- Diabetes- und Ernährungsberatung
- Spezielle Schmerztherapie (OA Dr. med. Betz – Klinik für Anästhesiologie)

3.5 Diagnostisches und therapeutisches Spektrum

Den Patient*innen der Palliativstation D10 stehen alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung, über die das Stauferklinikum bzw. der Klinikverbund der Kliniken Ostalb verfügt.

Maßnahmen, die innerhalb der Kliniken Ostalb nicht durchgeführt werden können, werden in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern angeboten. Auch im Jahr 2025 wurden auf der Palliativstation routinemäßig zytostatische Therapien (*Immuntherapie, Chemotherapie etc.*) durchgeführt. Zudem erfolgten, in Kooperation mit der Strahlentherapie Ostalb am Standort Schwäbisch Gmünd, zahlreiche Strahlentherapien.

3.6 Kooperationen

Als Struktur des zertifizierten Onkologischen Zentrums (OZ) ist die Palliativstation D10 bzw. in alle entsprechenden Kooperationen eingebunden. Hinsichtlich der einzelnen Kooperationspartner wird an dieser Stelle auf den Qualitätsbericht des Onkologischen Zentrums verwiesen.

Zudem besteht eine direkte palliativmedizinische Kooperation mit folgenden Institutionen:

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV Ostalb
- Facharztpraxis für Hämato-Onkologie Prof. Hebart (*ambulante Hämato-Onkologie*)
- Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) für gastro-intestinale Neoplasien (*Stauferklinikum*)
- Strahlentherapie Ostalb
- Klosterhospiz Schwäbisch Gmünd
- Hospiz Sankt-Anna Ellwangen
- Maja-Fischer Hospiz Aalen-Ebnat
- Hospiz Backnang
- Hospiz Göppingen
- Hospiz Schwäbisch Hall

4.0 Leitungsstruktur

4.1 Ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. Holger Hebart

Ärztlicher Direktor Stauferklinikum

Chefarzt Zentrum für Innere Medizin

Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, Hämostaseologie, Palliativmedizin

Herr Thomas von Saint-George

Leitender Arzt Palliativmedizin

Oberarzt Palliativstation D10

Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin, Ärztliche Hypnose (DGH), Ethikberater im Gesundheitswesen (AEM K1 + K2)

4.2 Pflegerische Leitung

Frau Patricia Klein

Pflegerische Standortleitung

Frau Stephanie Kurz

Pflegedienstleitung Zentrum für Innere Medizin

Frau Lisa-Marie Friederich
Stationsleitung Palliativstation
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fachkraft für Onkologie und Palliative Care

Frau Patricia Bopp
Stellvertretende Stationsleitung Palliativstation
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Palliative Care

5.0 Daten und Zahlen zum Jahr 2025

5.1 Allgemeiner Kommentar zu den Leistungszahlen des Jahres 2025

Zur objektiven Bewertung der Leistungszahlen der Palliativstation D10 im Jahr 2025 wurde, wie bereits in den Vorjahren, eine Publikation des Universitätsklinikums Heidelberg hinsichtlich der Leistungs- und Behandlungszahlen der dortigen Palliativstation herangezogen. (*Geist et al.: Stationäre Palliativmedizin – Analyse der medizinischen Versorgung onkologischer und nicht-onkologischer Patienten einer universitären Palliativstation. Zeitschrift für Palliativmedizin 2018; 19(01): 39-46. DOI: 10.1055/s-0043-120048.*) Zudem werden die Leistungszahlen der Palliativstation D10, wo relevant, mit denen der Vorjahre (2021 bis 2024) verglichen.

5.1.1 Anzahl, Geschlecht und Alter der behandelten Patient*innen 2025

- Im Jahr 2025 wurden insgesamt 319 Patient*innen in 399 Fällen auf der Palliativstation des Stauferklinikums stationär behandelt. Formal war damit ein diskreter Rückgang von 3,6 % gegenüber dem Vorjahr (2025: 414 Fälle) zu beobachten. Im Vergleich zum Jahr 2021 (*erstmalige strukturierte Erfassung*) ist die Anzahl der Fälle jedoch um knapp 30 % gestiegen. Aufgrund der fast durchgehenden Vollaustattung der Palliativstation ist eine weitere Fallzahlensteigerung auf deutlich über 400 Fälle pro Jahr *nicht* zu erwarten.
- Die Geschlechtsverteilung der behandelten Patient*innen wurde für das Jahr 2025 mangels Informationsgehalts nicht ausgewertet. Wie auch in den Vorjahren stellten sich auch im Jahr 2025 keine (*offen*) nicht-binären Personen zur Behandlung auf der Palliativstation vor.
- Das durchschnittliche Alter der behandelten Patient*innen bei Aufnahme lag im Betrachtungsjahr 2025 bei 71,2 Jahren, der jüngste Patient war 32, die älteste Patientin 95 Jahre alt.

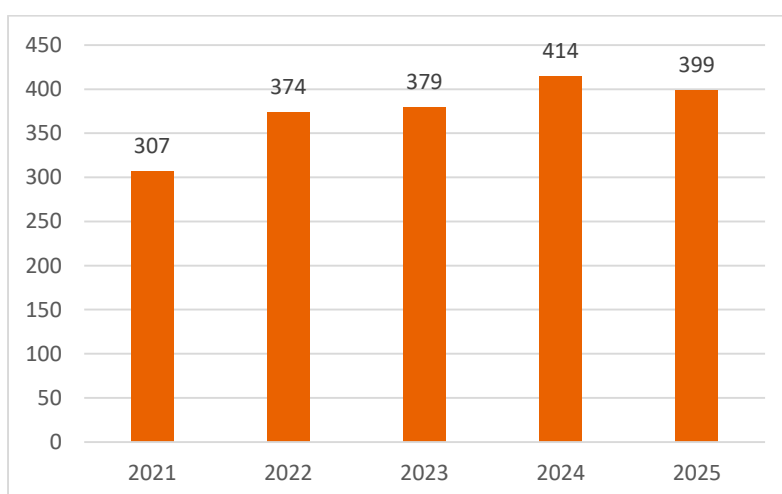


Abbildung 1: Fallzahlenentwicklung Palliativstation D10 2021 bis 2025

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

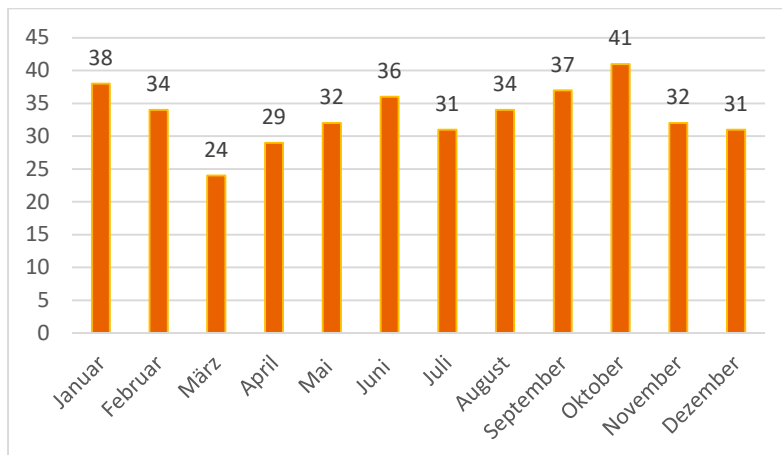


Abbildung 2: Fallzahlenentwicklung Palliativstation D10 Januar bis Dezember 2025

5.1.2 Zuweiserstruktur

Die Zuweisung der Patient*innen auf die Palliativstation des Stauferklinikums erfolgte, wie auch in den Vorjahren, überwiegend durch die Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin des Stauferklinikums, die SAPV Ostalb, die Facharztpraxis für Hämatologie und Onkologie (*am Stauferklinikum*) und durch niedergelassene Haus- und Fachärzte.

Direkte Vorstellungen bzw. Verlegungen aus den beiden anderen Standorten der Kliniken Ostalb (*OAK Aalen und Sankt-Anna-Virngrund-Klinikum Ellwangen*) stellten weiterhin Ausnahmen dar. Auch im Jahr 2025 wurden deutlich mehr Patient*innen z.B. aus dem Klinikum Stuttgart bzw. den umliegenden Universitätskliniken zur palliativmedizinischen Behandlung übernommen als aus o.g. Kliniken des Klinikverbundes. Im vierten Quartal des Jahres 2026 ist erstmals eine spezifische palliativmedizinische Zuweiserbefragung geplant.

5.1.2 Behandelte Krankheitsentitäten

5.1.2.1 Allgemeine Angaben zu den behandelten Krankheitsentitäten

Seit dem Jahr 2023 erfolgt eine routinemäßige Erhebung der Krankheitsentitäten aller auf der Palliativstation behandelten Patient*innen.

5.1.2.2 Erweiterte Angaben zu den behandelten Entitäten

- In den Jahren 2023 und 2024 wurden die behandelnden Entitäten in Relation zu den „Fällen“ der Palliativstation (2025: 399) gesetzt. Ab dem Jahr 2025 erfolgt der Bezug auf die behandelnden Patient*innen (2025: 316). Größere Verschiebungen ergaben sich durch o.g. Umstellung nicht (*siehe Tabelle 1: Behandelte Entitäten*).
- Auch im Jahr 2025 stellte die Patient*innengruppe mit broncho-pulmonalen *Neoplasien* („*Bronchialcarcinome*“) die zahlenmäßig größte Population dar. Hintergrund ist, unter anderem, die weiterhin schlechte Prognose der o.g. Entitäten sowie das oft frühzeitige Auftreten palliativmedizinisch relevanter Symptome (*Luftnot, Schmerzen*).

| Entität | Anteil 2025 | Anteil 2024 | Anteil 2023 | Trend* |
|---|-------------|-------------|-------------|--------|
| Bronchialcarcinom (NSCLC & SCLC) | 16,5 % | 17,2 % | 17,2 % | → |
| Mammacarcinom | 10,4 % | 9,7 % | 9,5 % | → |
| Colorectales Carcinom | 9,8 % | 11,1 % | 9 % | → |
| Prostatacarcinom | 5,1 % | 8,5 % | 8,4 % | ↓ |
| OGI-Malignome | 3,2 % | 5,8 % | 8,4 % | ↓ |
| Pankreasarcinom | 6,7 % | 4,9 % | 7,7 % | → |
| Urologische Neoplasien (exclusive Prostatacarcinom) | 5,6 % | 5,8 % | 6,1 % | → |
| Gynäkologische Neoplasien (exclusive Mammacarcinom) | 5,7 % | 4,8 % | 4,7 % | → |
| ZNS-Neoplasien | 3,8 % | 1,7 % | 4,7 % | → |
| Hämatologische Neoplasien | 6,0 % | 7,5 % | 4,7 % | → |
| HNO-Neoplasien | 2,2 % | 2,1 % | 3,2 % | → |
| Andere Neoplasien und nicht-onkologische Erkrankungen* | 20,8 % | 20,9 % | 16 % | → |

* enthält auch (wenige) nicht-palliativmedizinische Diagnosen

Tabelle 1: Behandelte Entitäten 2025

5.1.3 Mortalität

- In den Jahresberichten 2021 bis 2024 wurde die Anzahl der auf der Palliativstation verstorbenen Patient*innen jeweils in Relation zu den Aufnahmen der o.g. Jahre gesetzt. Für das Jahr 2025 wurde nun erstmals auch der Bezug zu den behandelten Patient*innen hergestellt.
- Im Betrachtungsjahr 2025 verstarben insgesamt 110 Patient*innen auf der Palliativstation. Dies entspricht einem Anteil von 27,6 % aller Aufnahmen bzw. Fälle ($N=399$) und von 34,8 % aller behandelten Patient*innen ($N=316$).
- Sowohl die Fall- als auch die Patient*innen-bezogene Mortalität auf der Station D10 war bzw. ist (auch im Vergleich zu o.g. Publikation des Universitätsklinikums Heidelberg) weiterhin eher niedrig.
- Die o.g. Zahlen und Entwicklungen bestätigen nochmals die lebensbejahende Intention der Behandlung auf unserer Palliativstation deren Ziel, wenn möglich, in einer Zustandsstabilisierung der aufgenommenen Patient*innen und Organisation einer suffizienten ambulanten Versorgung, besteht. Gleichwohl stellt die symptomatische Behandlung und Betreuung sterbender weiterhin eine wichtige und traditionelle Aufgabe der Palliativmedizin dar.

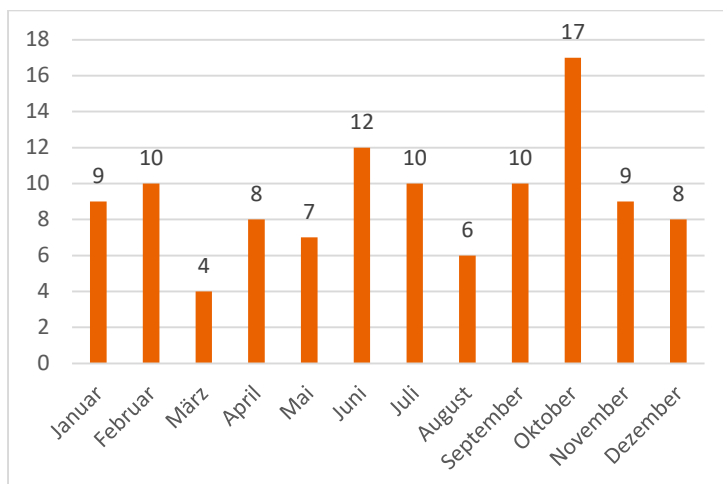


Abbildung 3: Verstorbene Patient*innen 2024 nach Monat (Absolutzahlen)

5.1.4 Verweil- und Behandlungsdauer

- Die mittlere Verweildauer auf der Palliativstation betrug im Jahr 2025 laut den Erhebungen des Medizincontrollings 9,6 Tage und lag damit deutlich über der vorgegebenen Zielverweildauer von 6,9 Tagen.
- Im Vergleich zu den Jahren 2024 und 2023 konnte die Verweildauer im Betrachtungsjahr 2025 jedoch weiter gesenkt werden (um 0,2 bzw. 0,5 Tage).
- Das o.g. Verweildauerziel (6,5 Tage) wird vom Team der Palliativmedizin vor dem Hintergrund der Erkrankungsschwere der Patient*innen als unrealistisch eingeschätzt und wird allgemein von keiner (dem Verfasser bekannten) Palliativstation erreicht. Es ist zudem wirtschaftlich nicht sinnvoll gewählt, da überhaupt erst ab einer Verweildauer > 6 Tagen der palliativmedizinische OPS 8.98.1 codiert werden kann.
- Die oben genannten „Probleme“ wurden dem Medizincontrolling und der Klinikleitung mehrfach zurückgemeldet. Gleichwohl wurde die Verweildauervorgabe für das Jahr 2026 von weiter gesenkt. Die durchschnittliche Verweildauer auf deutschen Palliativstationen beträgt hingegen > 11 Tage (Dasch et al.: A Nationwide Survey of Palliative Care Units in Germany on Structures and Patient Care in Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 92-3. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0251)
- Auch im Jahr 2025 gestaltete sich die ambulante Versorgung der oft schwerst kranken und hochsymptomatischen Patient*innen vor dem Hintergrund des allgegenwärtigen (medizinischen) Fachkräftemangels und der dramatischen Entwicklungen im Gesundheitswesen als schwierig und komplex.
- Situationen, in denen die eigentliche medizinische Behandlung bereits abgeschlossen, waren, Patient*innen aber aufgrund einer fehlenden ambulanten Versorgung nicht entlassen werden konnten, gehörten auch im Jahr 2025 zum Alltag unseres Palliativteams und werden aufgrund der demographischen Entwicklung, dem sich weiter verschärfenden Mangel an Pflegeheim- und Hospizplätzen, den nachlassenden Kapazitäten in ambulanten Pflegesetting sowie eine zunehmenden Anspruchshaltung der Gesellschaft zukünftig weiter zunehmen.

5.1.5 DRG-Planung und Erlössicherung (allgemeine Angaben)

- Auf die explizite Nennung der erbrachten Leistungen (CMP und CMI) wird in der öffentlichen Version des Jahres- und Qualitätsberichts aufgrund des Betriebsgeheimnisses verzichtet. Die erreichten Leistungszahlen entsprachen im Allgemeinen den Erwartungen (des Palliativteams) – zu den Fallzahlen des Jahres 2025 siehe Kapitel 5.1.1.

5.1.6 DRG-Planung und Erlössicherung (spezifische Angaben – nur interne Version)

5.1.6.1 Casemix-Punkte (CMP) und Casemix-Index (CMI)

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Nur in der Klinik-internen Version des QB enthalten !

5.1.6.2 Verweildauer

Nur in der Klinik-internen Version des QB enthalten !

5.1.6.3 Zusatzentgelte

Nur in der Klinik-internen Version des QB enthalten !

5.1.6.4 Hybrid-DRG

Nur in der Klinik-internen Version des QB enthalten !

5.2 Weitere Leistungszahlen und Qualitätsmaßnahmen

5.2.1 Durchführung eines Symptomscreenings < 72 Stunden vor dem Tod

Die Durchführung eines Symptomscreenings (ESAS) < 72 Stunden vor dem Tod einer Patientin bzw. eines Patienten ist ein in der Palliativmedizin verbreitetes Qualitätsmerkmal, die entsprechende Quote muss, z.B. im Rahmen von Zertifizierungsprozessen, regelhaft vorgelegt werden.

- Im Jahr 2024 wurde bei 81,1 % aller Verstorbenen ein Symptomscreening < 72 Stunden vor dem Tod durchgeführt.
- Da das Behandlungsteam der Palliativmedizin (*weiterhin*) das bisher verwendete ESAS-Symptomscreening als eingeschränkt geeignet für die Erfassung der Symptomlast in der Sterbephase einschätzte, erfolgte die Entwicklung eines eigenen Symptomassessments, welches unserer Meinung die auftretenden Symptome besser abbildet.
- Das ESAS-Symptomscreening verwendet eine numerische Rating-Skala (NRS) von 1-10. Patienten im manifesten bzw. fortgeschrittenen Sterbeprozess sind meist nicht mehr in der Lage, ihre Symptomatik numerisch zu benennen.
- Die Items Müdigkeit, Traurigkeit, Benommenheit, Appetit und Allgemeinbefinden sind unserer Ansicht nur bedingt geeignet, die Symptome des Sterbens adäquat abzubilden.

Das Assessment der Finalphase auf der Palliativstation D10 umfasst folgende Symptomenkomplexe und Zustände:

- Aktivität, Vigilanzminderung, Sedierungstiefe über Bestimmung des RASS-PAL-Score (*siehe unten*)
- Bewertung der Aktivität bzw. Vigilanzminderung und Anpassung einer eventuellen Therapie
- Schmerzerfassung und Bewertung der analgetischen Therapie (*Patient, Therapieteam, Angehörige*)
- Erfassung und Bewertung von Dyspnoe und Beschreibung bzw. Dokumentation des jeweils aktuellen Atemmusters
- Erfassung von Dyskrinie und Rasselgeräuschen
- Mundtrockenheit und Zustand der Schleimhäute
- Durst & Hungergefühl
- Angst
- Psychische Belastung von An- und Zugehörigen
- Spirituelle Belastung
- Einschätzung des Gesamtsterbeprozesses
- Gesamteindruck der Symptomkontrolle

| RASS-PAL | Beschreibung |
|----------|--|
| -5 | Nicht erweckbar: Keine Reaktion auf Ansprache oder auf leichte Berührung hin |
| -4 | Tiefe Sedierung: Keine Reaktion auf Ansprache, aber irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augenöffnung auf leichte Berührung hin |
| -3 | Mäßige Sedierung: Irgendeine Bewegung (Augen oder Körper) oder Augenöffnung auf Ansprache (aber keinen Blickkontakt) |
| -2 | Leichte Sedierung: Erwacht kurz mit Blickkontakt auf Ansprache hin (weniger als 10 Sekunden) |
| -1 | Schläfrig: Nicht ganz aufmerksam, bleibt aber auf Ansprache wach (Augenöffnen/Blickkontakt; mindestens 10 Sekunden) |
| 0 | Aufmerksam und ruhig |
| +1 | Unruhig: Gelegentliche ungezielte Bewegungen, aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft |
| +2 | Agitiert: Häufige ungezielte Bewegung +/-Versuch aus dem Bett oder Stuhl aufzustehen |
| +3 | Sehr agitiert: Zieht an Schläuchen oder Kathetern oder entfernen diese (z. B. i.v./s.c.-Zugang; O2-Schlauch) oder Katheter; aggressiv +/-Versuch aus dem Bett oder Stuhl aufzustehen |
| +4 | Streit rosig: Offene Streit Lust, gewalttätig, Gefahr für das Personal (z. B. wirft Gegenstände); +/-Versuch aus dem Bett oder Stuhl aufzustehen |

Tabelle 2: RASS-PAL-Score (Sedierungstiefe nach Richmond Agitation & Sedation Scale, modifiziert für Patient*innen der Palliativversorgung)

O.g. Symptomassessment wurde im Rahmen eines Qualitätszirkels eingeführt und soll ab dem zweiten Quartal 2026 von allen an der Sterbebegleitung beteiligten Professionen (*bisher Erhebung durch den ärztlichen Dienst*) regelmässig erhoben werden. Das Symptomassessment ist zudem dazu geeignet, sedierende Maßnahmen in der Palliativmedizin (z.B. „palliative Sedierung“) zu überwachen bzw. zu steuern.

5.2.2 Strukturierung der Indikationsstellung, Planung und Durchführung sedierender Maßnahmen

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Debatte über den „ärztlich-assistierten Suicid“ hat in den letzten Jahren auch die Bedeutung der so genannten „Palliativen Sedierung“ als Maximalvariante der palliativmedizinischen Symptomkontrolle deutlich zugenommen. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat sich diesem Thema zuletzt verstärkt angenommen und entsprechende Empfehlungen bzw. Richtlinien zum Einsatz sedierender Medikamente in der Palliativmedizin erarbeitet.

Das Team der Palliativmedizin am Stauferklinikum sieht diesbezüglich ebenfalls einen Bedarf zur besseren Planung, Durchführung und Überwachung der o.g. Maßnahmen und wird sich 2026 in den bereits geplanten Qualitätszirkeln dieses Themas annehmen bzw. Klinik-interne Richtlinien erarbeiten, die sich an den Empfehlungen der o.g. Fachgesellschaft orientieren. Auf die erarbeiteten Ergebnisse wird im Qualitätsbericht 2026 näher eingegangen.

5.2.3 Symptomkontrolle – Schmerzreduktion

- Bei allen Patient*innen, die auf die Palliativstation aufgenommen werden, erfolgen engmaschige Erhebungen des Schmerzniveaus (NRS 0-10) bei Aufnahme und nachfolgend mindestens 3x/Tag.
- Zur Schmerzerfassung während des Sterbeprozesses siehe zudem Kapitel 5.2.1

- Eine strukturierte Erfassung des Schmerzniveaus bei Aufnahme erfolgte flächendeckend für das gesamte Betrachtungsjahr. Das Ausmaß bzw. die Modalitäten der Schmerzerfassung wurden ab dem vierten Quartal 2025 nochmals verändert.
- Insgesamt wurden bei 97,7 % aller aufgenommenen Patient*innen das Vorliegen von relevanten Schmerzen (> NRS 3/10) erfasst.
- Bei 61,3 % aller Patient*innen lagen zum Aufnahmezeitpunkt (*auf die Palliativstation – nicht bei Vorstellung in der Notaufnahme!*) relevante Schmerzen (> NRS 3/10) vor. Entsprechend lag die NRS bei 38,7 % der Patient*innen unter 3/10. Hintergrund für diese vergleichsweise hohe Quote ist, wie auch in den Vorjahren, dass bei Patient*innen, die sich initial über die zentrale Notaufnahme unserer Klinik vorstellen bis zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Palliativstation in der Regel bereits eine adäquate analgetische Initialtherapie erhalten hatten.
- 98,7 % derjenigen Patient*innen, die eine relevante Schmerzsymptomatik bei Aufnahme aufwiesen, erlebten im Verlauf des stationären Aufenthalts eine Beschwerdelinderung.
- Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Erfassung der Schmerzreduktionsrate für die vorliegende Auswertung ausschließlich durch den ärztlichen Dienst erfolgte und gesondert dokumentiert wurde. Hintergrund dieser Maßnahme ist die Tatsache, dass sich das Schmerzniveau der Patient*innen teilweise binnen kurzer Zeit veränderte und auch gegenüber Pflegekräften in Qualität und Quantität andere Schmerzangaben gemacht wurde als gegenüber den ärztlichen Mitarbeiter*innen
- Vor diesem Hintergrund stellt sich auch bei der „Quote der Schmerzreduktion“ die Frage, ob diese als objektive Kennzahl geeignet ist und eine adäquate Bewertung der Behandlungsqualität zulässt.

5.3 Personelle Entwicklungen 2025

5.3.1 Ärztlicher Dienst

- Im Ober- bzw. Facharztbereich kam es zum Ausscheiden einer weiteren Kollegin mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ aus dem Dienst der Kliniken Ostalb. Es wurden daher intensivierete Maßnahmen zur Sicherstellung einer adäquaten fachärztlichen Besetzung eingeleitet (*Stellenausschreibungen etc.*).
- Herr von Saint-George übernahm nach dem Ausscheiden von Frau Dr. med. Stumme zum 31.12.2024 im August 2025 die Stellung des „Leitenden Arztes Palliativmedizin“.
- Die assistenzärztliche Besetzung der Palliativstation stabilisierte sich im Betrachtungsjahr 2025 im Gegensatz zu den Vorjahren leicht.

5.3.2 Pflegerischer Dienst

- Im Jahr 2025 wurde erneut eine Auszubildende des Oberkurses nach erfolgreichem Examen auf die Palliativstation übernommen.
- Wie auch in den Vorjahren nahmen mehrere Pflegekräfte der Palliativstation an Onkologie- bzw. Palliativ-spezifischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil. Zu den einzelnen Zusatzqualifikationen des pflegerischen Teams siehe auch Kapitel 3.4.2.
- Derzeit bestehen im pflegerischen Bereich (der Palliativstation) keine offenen Stellen.

5.3.3 Therapeutisches Team

- Das therapeutische Team der Palliativstation besteht weiterhin aus den unter Kapitel 3.4.3 genannten Disziplinen.

5.4 Fort- und Weiterbildungen des Palliativteams

- Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen stellen auch in der Palliativmedizin eine wichtige Maßnahme zur Qualitätssicherung dar und werden (*teilweise*) durch den Arbeitsgeber gefördert.
- Herr von Saint-George konnte im Juni 2025 die Zusatzqualifikation „Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitswesen“ (*Kompetenzstufe K2*) der Akademie für Ethik in der Medizin erworben. Für das Jahr 2026 ist die Teilnahme mehrerer Mitarbeiter*innen am 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin geplant.

5.5 Zertifizierungen und Anerkennungen

- Im Rahmen der Zertifizierung des Onkologischen Zentrums der Kliniken Ostalb durch die Deutsche Krebsgesellschaft im Juli 2025 wurde der Palliativmedizin am Stauferklinikum erneut eine hervorragende Behandlungsqualität und eine vergleichsweise hohe Fallzahl attestiert.
- Die bereits vorbestehende Anerkennung der Palliativstation durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) konnte 2025 aufgrund der vorgelegten Behandlungs- und Qualitätskennzahlen erneuert werden. Zudem besteht eine Akkreditierung durch die Europäische Krebsgesellschaft (ESMO).
- Eine Zertifizierung der Palliativstation durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist seit Jahres ein erklärtes Ziel des Palliativteams. Im Jahr 2025 und 2026 werden diesbezüglich die notwendigen Bemühungen nochmals intensiviert. Als Ziel wurde eine Zertifizierung Ende 2026 oder Anfang 2027 definiert.

5.6 Ambulante Versorgungslage, Coping und Compliance

- Wie auch im Jahr 2024 war es auch im aktuellen Betrachtungsjahr teilweise sehr schwierig, eine adäquate palliativmedizinische und pflegerischen Versorgung der oft schwerstkranken Patient*innen im ambulanten Setting zu organisieren. Der chronische Fachkräftemangel im ambulanten Gesundheitswesen, die sinkende Verfügbarkeit von Kurzzeit- oder auch Langzeitpflegeplätzen und steigende und teilweise unrealistische Erwartungen der Patient*innen bzw. ihre An-/Zugehörigen an die Qualität einer ambulanten Versorgung stellte insbesondere die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes und der Brückenpflege vor enormen Herausforderungen. Wiederholt konnten Patient*innen, bei denen die eigentliche medizinische Behandlung bereits abgeschlossen war, nicht entlassen werden, da eine Versorgung im häuslichen Setting (*aufgrund der Erkrankungsschwere oder fehlender pflegerischer Ressourcen*) nicht mehr möglich war und trotz intensiver Bemühungen keine stationären Versorgungsoptionen (*z.B. in einem Pflegeheim*) organisiert werden konnten.
- Weiterhin sehr erfreulich war die gute Zusammenarbeit mit den umliegenden Hospizen des Landkreises dem Maja-Fischer-Hospiz Aalen-Ebnat, dem Sankt-Anna-Hospiz Ellwangen und dem Klosterhospiz Schwäbisch Gmünd.
- Weiterhin konnten überwiegend positive Rückmeldungen zur Behandlungsqualität der Palliativstation von Patient*innen und An-/Zugehörigen verzeichnet werden. Eventuelle Beschwerden wurden, sofern möglich, umgehend aufgenommen und bearbeitet, so dass in fast allen Fällen ein Konsens erreicht werden konnte.

6.0 Veranstaltungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

6.1 Multiprofessionelle Teambesprechungen

Folgende Fall- bzw. Teambesprechungen werden auf der Palliativstation routinemäßig durchgeführt und entsprechend dokumentiert.

- Werktägliche multiprofessionelle Teambesprechung zwischen dem ärztlichen Dienst, dem pflegerischen Dienst und mindestens einer Disziplin der therapeutischen Teams.
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung aller nicht-ärztlichen Disziplinen (*Montag 10.00-11.00 Uhr*). Fakultative ärztliche Teilnahme bei entsprechenden Fragestellungen.
- Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung aller Disziplinen (*Mittwoch 13.00-14.00 Uhr*)

6.2 Palliativmedizinische Qualitätszirkel

Im Rahmen der Vorbereitung der angestrebten DGP-Zertifizierung wurden im Jahr 2025 erstmals spezifische Qualitätszirkel für die Palliativmedizin des Stauferklinikums etabliert.

Qualitätszirkel Palliativmedizin 01/2025

Datum: 04.02.2025

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Dauer: 90 Minuten

Themen: Erarbeitung der zukünftigen palliativmedizinischen Strukturen und der räumlichen Verhältnisse (*Palliativstation*) am geplanten zukünftigen Zentralversorger Essingen

Qualitätszirkel Palliativmedizin 02/2025

Datum: 02.12.2025

Dauer: 90 Minuten

Themen: Einführung PCOC-Palliativphasen, Assessments in der Final-/Sterbephase, CIRIS-Meldungen („*CIRIS-palliativ*“) und Patient*innensicherheit, Vorbereitungen DGP-Zertifizierung

Für das Jahr 2026 ist die Durchführung von drei palliativmedizinischen Qualitätszirkeln geplant. An zwei Terminen werden dabei Fortbildungen zur palliativ-spezifischen Themen (mit Relevanz für die Palliativstation) gehalten. Am dritten Termin findet eine Veranstaltung zum Thema „Tod & Sterben auf der Palliativstation D10“ statt in deren Rahmen auch den verstorbenen Patient*innen des Jahres 2026 gedacht werden soll.

6.3 Teilnahme an der interdisziplinären Tumorkonferenz

- Die Palliativmedizin des Stauferklinikums ist von ärztlicher routinemäßig in der interdisziplinären Tumorkonferenz vertreten.
- Seit dem Jahr 2022 werden Zentrumspatient*innen des zertifizierten Zentrums für Hämatologische Neoplasien (*HaeZ*) nach Diagnosestellung auf einen palliativmedizinischen Behandlungsbedarf hin gescreent. Palliativmedizinisch-supportive Behandlungsvorschläge finden Eingang in die jeweiligen Tumorkonferenzprotokolle (*siehe Kapitel 6.4*).

6.4 Palliativmedizinisches Screening hämatologischer Patient*innen

Seit dem Jahr 2024 werden alle Patienten, die mit einer hämatologischen Erstdiagnose im Zentrum für Hämatologische Neoplasien der Kliniken Ostalb vorstellig werden, auf ihre individuelle palliativmedizinische Komplexität hin gescreent. Das Ergebnis des Screenings wird in der jeweiligen Tumorkonferenzanmeldung angegeben. Je nach Komplexität erfolgen im Rahmen der Tumorkonferenz spezifische palliativmedizinisch-supportive Empfehlungen.

Im Jahr 2025 wurde bei 93,5 % der Zentrumspatient*innen die palliativmedizinische Komplexität erhoben und in der Tumorkonferenzanmeldung angegeben.

- bei 75,9 % der Patient*innen lag eine potentiell kurative Situation bzw. keine spezifische palliativmedizinische Komplexität vor.
- bei 11,5 % der Patient*innen lag eine leichtgradige palliativmedizinische Komplexität vor.
- Bei 9,1 % der Patient*innen lag eine mittelgradige palliativmedizinische Komplexität vor.
- Bei 3,4 % der Patient*innen lag eine hochgradige palliativmedizinische Komplexität vor.

6.5 Supervision

Auch im Jahr 2025 wurden regelmäßig Supervisionsveranstaltungen für das gesamte palliativmedizinische Team der Station D10 angeboten.

Supervisorin: Frau Hoch-Kreyer

Turnus: monatlich

Dauer: 90 min.

Themen der Supervisionsveranstaltungen des Jahres waren unter anderem die Belastungen des Personals durch die aktuellen Umstrukturierungsprozesse innerhalb der Kliniken Ostalb, der Umgang mit den Forderungen und Erwartungen der Patient*innen bzw. der An-/Zugehörigen sowie die zunehmenden Versorgungsprobleme schwerkranker Patient*innen im ambulanten Setting.

6.6 Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen und Fortbildungen

- Im November 2025 fand erstmals eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Geriatrie und der Palliativmedizin des Stauferklinikums statt. Für das Jahr 2026 ist die Wiederaufnahme des „traditionellen“ Palliativforums geplant.
- Im Dezember 2025 wurde erneut ein „Palliativbasar“ durchgeführt, bei dem von den Mitarbeiter*innen der Palliativmedizin her- und von extern bereitgestellte Weihnachtsartikel (*Spenden*) verkauft wurden. Der Erlös fließt direkt dem Spenden- und Drittmittelkonto der Palliativstation zu.
- Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Abteilungsf Fortbildung des Zentrums für Innere Medizin wurden für die Assistenzärzt*innen mehrere Fortbildungen zu palliativmedizinischen Themen (*Symptomkontrolle*, „*Tod & Sterben*“) durchgeführt.

6.7 CIRS/Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

- Zur weiteren Verbesserung der Patient*innen sicherheit erfolgte im Jahr 2025 die Registrierung bzw. Anmeldung im Palliativmedizin-spezifischen „CIRS-Palliativ“ das unter anderem von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (*DGP*) betreut und gefördert wird. Alle dort eingestellten Meldungen wurden zusätzlich auch im Klinik-eigenen CIRS-System der Kliniken Ostalb gemeldet. Das gesamte Palliativteam wurde nochmals hinsichtlich der Bedeutung der CIRS-Systeme sensibilisiert und zur aktiven Teilnahme aufgefordert.
- Sofern der bzw. die Meldende innerhalb des Palliativteams *nicht* anonym bleiben möchte, werden die CIRS-Meldungen zusätzlich durch den ärztlichen Dienst der Palliativmedizin gesammelt und deren Inhalt einmal/Jahr strukturiert aufgearbeitet (*siehe unten*).
- Für das Jahr 2025 konnten mehrere kritische Vorfälle bzw. Probleme im Umgang mit den Stations-eigenen PCA-Pumpen identifiziert werden, die jedoch durchweg frühzeitig entdeckt und behoben werden konnten, so dass es zu *keiner* Patientenschädigung kam. Nachfolgend wurden diesbezüglich spezifische Maßnahmen, u.a. nochmalige Schulungen, durchgeführt und entsprechende Standards erarbeitet.
- Wie auch in den Vorjahren brachte die Palliativstation mehrere Patientenfälle in die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen des Onkologischen Zentrums bzw. seiner Organzentren ein.

6.8 Ethische Visiten, Ethische Fallbesprechungen und weitere Medizin-ethische Aktivitäten

- Im Jahr 2025 wurden erneut regelmäßig „Ethische Visiten“ (*zusammen mit den Mitgliedern des Klinischen Ethikkomitees*) durchgeführt. In diesem Rahmen wurden potentielle ethische Probleme identifiziert, diskutiert und, sofern notwendig, gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeitet. Die Maßnahmen wurde und wird von allen beteiligten Mitarbeitern als sehr wichtig und wertvoll empfunden und stellt ein wichtiges Instrument in der ganzheitlichen Behandlung der Patient*innen dar.
- Der Leitende Arzt der Palliativmedizin hat im Jahr 2025 die Weiterbildung zum „Kordinator für Ethikberatung um Gesundheitswesen“ (*Kompetenzstufe K2 der AEM*) absolviert.
- Zudem wurden und werden auch weiterhin, bei entsprechendem Bedarf, ethische Fallbesprechungen auf der Palliativstation durchgeführt.

6.9 Assessments

Bei allen Patient*innenn, die auf die Palliativstation D10 aufgenommen werdeb, werden zu Beginn der Behandlung die folgenden Palliativmedizin-spezifischen Assessments durchgeführt und über das KIS „PalliDoc“ dokumentiert.

- Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)
- Ernährungsstatus „Nutritional-Risk-Score“
- PCOC-Palliativphasen (*siehe Kapitel 6.7*)
- Palliativmedizinisches Basisassessment (*bestehend aus dem Symptomscore „MIDOS“, ECOG-Performance-Status, Ernährungsstatus, BPI-short-form zur Schmerzanamnese, Sozialanamnese, sowie dem „Distress-Thermometer“ zur Erfassung der psychischen Belastung und der Lebensqualität*)

- Anhand der o.g. Assessments, bedarfsabhängig ergänzt durch weitere Scoring-Systeme, und den Problemen und Wünschen der Patientin bzw. des Patienten erfolgt die Erstellung eines individuellen palliativmedizinischen Behandlungsplans.

6.10 Einführung der PCOC-Palliativphasen

- Im Jahr 2025 erfolgte die Einführung der PCOC-Palliativphasen in das Screening-Konzept der Palliativstation D10. Das Konzept der „Palliativphasen“ wurde bereits vor > 20 Jahren in Australien entwickelt und ist dort ein fester Bestandteil des palliativmedizinischen Basisassessments.
- Die Palliativphasen dienen der raschen und einfachen Beschreibung der palliativen Situation des/der Patient*in und der betreuenden Angehörigen. Durch die Zuordnung kann bspw. eine Priorisierung der Behandlung erfolgen, der Einsatz von Ressourcen abgewogen werden und folglich können klinische Entscheidungen erleichtert werden.
- Neben dem direkten Nutzen im Versorgungsalltag können die Palliativphasen der Qualitätssicherung dienen. Die Dauer, die ein/e Patient*in in der Palliativphase stabil ist, kann Aufschluss darüber geben, dass die Versorgungsplanung bedarfsdeckend ist. In Australien gilt die Dauer der instabilen Phase als Qualitätsindikator für die palliativmedizinische Versorgung. Weiterhin können Palliativphasen auch im Bereich der Ressourcen- und Finanzierungsplanungen genutzt werden: sie verdeutlichen den unterschiedlichen Ressourcenaufwand innerhalb der palliativen Versorgung.*
- Palliativphasen haben aufgrund des nicht vorhersehbaren Verlaufs einer unheilbaren Erkrankung keinen linearen Verlauf. Die Phasen, in denen sich Palliativpatient*innen befinden, sind daher nicht aufeinanderfolgend, sondern können sich abwechseln und mehrmals auftreten.*

Die Prinzipien der Palliativphasen*

- In der Palliativphase bilden Patient*innen und betreuende An-/Zugehörige eine zu betreuende Einheit („unit of care“).
- Der Fokus liegt mehr auf den Bedürfnissen, Zielen und Prioritäten der Patient*innen als auf der Erkrankung selbst.
- Patient*innen werden in verschiedenen palliativen Settings betreut. Eine Betreuungsepisode beschreibt dabei die Zeit in einem Setting, z.B. auf der Palliativstation oder in der SAPV.

* Zitiert aus „Palliativphasen in der spezialisierten Palliativversorgung – Manual zur Implementierung und Anwendung. Publikation der LMU München 2024

| PCOC-Palliativphase | Definition bzw. Beschreibung |
|-------------------------------|--|
| stabil | Symptomen Probleme (psychosozialen spirituell) des Patienten werden durch den Versorgungsplan angemessen kontrolliert und weitere Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Symptomkontrolle unter Lebensqualität sind geplant und die Situation der betreuenden Angehörigen ist relativ stabilen sind keine neuen Probleme erkennbar. |
| instabil | Eine dringende Änderung der Versorgungsplan oder eine notfallmäßige Intervention ist erforderlich, weil bei dem Patienten ein neues unerwartete Symptom oder Problem auftritt und/oder eine unerwartete rasche Verschlechterung eines bestehenden Symptoms/Problems auftritt und/oder die Umstände/Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen sich unerwartet verändern und sich auf die Patientenversorgung auswirken. |
| sich verschlechternd | Der Versorgungsplan berücksichtigt zu erwartende Symptome/Problemen des Patienten, erfordert jedoch eine regelmäßige Überprüfung und fortlaufende Optimierung da sich der Allgemeinzustand des Patienten insgesamt stetig verschlechtert und/oder es eine allmähliche Verschlechterung eines bestehenden Symptoms/Problems gibt und/oder ein neues auch zu erwartendes Symptomen/Problem auftritt und/oder betreuende Angehörige zunehmend belastet sind, was sich auf die Patientenversorgung auswirkt. |
| sterbend | Der Tod ist innerhalb von Tagen wahrscheinlich. |
| verstorben/Trauerphase | Der Patient ist verstorben. Betreuende Angehörige werden begleitet oder über Unterstützungsangebote informiert. |

Tabelle 3: PCOC-Phasen

- Im Rahmen eines Pilotprojektes wurden die Palliativphasen vom ärztlichen Dienst der Palliativstation ab dem vierten Quartal 2025 bei Aufnahme sowie nachfolgend mindestens 1x/Tag sowie im Falle eines Phasenwechsels dokumentiert. Ab dem zweiten Quartal 2026 soll die Dokumentation der Palliativphasen durch alle beteiligten Berufsgruppen erfolgen.
- Eine Auswertung der Palliativphasen bei Aufnahme und bei Entlassung erfolgte routinemäßig ab dem Jahr 2026. Aktuell erfolgte eine orientierende Auswertung der Patient*innen, bei denen im vierten Quartal 2025 bereits eine Erhebung der Palliativphasen erfolgt war (N=37) Das Ergebnis ist in Tabelle 4 abgebildet.

| PCOC-Phase bei Aufnahme | PCOC-Phase bei Entlassung | Patient*innen | Anteil |
|-------------------------|---------------------------|---------------|--------|
| stabil | stabil | 1 | 2,7 % |
| instabil | stabil | 20 | 54,1 % |
| instabil | verstorben/Trauerphase | 11 | 29,7 % |
| instabil | instabil | 3 | 8,1 % |
| instabil | sich verschlechternd | 1 | 2,7 % |
| sich verschlechternd | verstorben | 1 | 2,7 % |

Tabelle 4: PCOC-Palliativphasenwechsel auf der Palliativstation 2025 (viertes Quartal N=37)

7.0 Weitere Angaben (2025) und Aussichten bzw. Planungen für das Jahr 2026

- Die seit Jahren angestrebte Zertifizierung der Palliativstation durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin konnte im Jahr 2025 leider erneut nicht verwirklicht werden. Da sich aktuell die ärztliche Besetzung der Palliativstation leicht stabilisiert hat und die übrigen Voraussetzungen fast durchweg bereits vorliegen, wird eine Zertifizierung für das Jahr 2026 bzw. 2027 erneut geprüft bzw. angestrebt.

- Die geplante Zentralisierung hämato-onkologischer Leistungen am Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd im Kontext des aktuellen Medizinkonzepts der Kliniken Ostalb (u.a. mit dem Umzug der Klinik für Urologie an den Standort Schwäbisch Gmünd im April 2026) wird absehbar zu einer weiteren Stärkung der Palliativmedizin an o.g. Standort führen. Weiterhin ist die Station D10 die einzige Betten-führende Palliativstruktur mit Erbringung des OPS 8.98e (Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung) im Klinikverbund der Kliniken Ostalb.
- Da bereits jetzt eine nahezu 100%ige Auslastung der Palliativstation besteht, sollte den durch o.g. Entwicklung entstehenden Anforderungen aus Sicht des Palliativteams ggf. durch Aufstellung eines „Palliativmedizinischen Konsiliardienstes“ begegnet werden um weiterhin eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patient*innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen zu garantieren.
- Im Januar 2026 konnte die Palliativstation aus Spendenmitteln ein „Qwiek.up“-Gerät finanzieren (siehe unten) welches absehbar zu einer Verbesserung der Versorgung von Patient*innen mit dementiellen Erkrankungen bzw. akuten oder latenten hirnorganischen Syndromen führen wird.



Abbildung 1 und 2: Therapie-Projektor „Qwiek-up“ (mit freundlicher Genehmigung der Firma Qwiek)

8.0 Schlusswort und Danksagungen

- Das Team der Palliativstation möchte sich an dieser Stelle bei allen Förderern der lokalen Palliativmedizin sowie den teilweise sehr großzügigen Spender*innen herzlich bedanken. Zudem bedanken wir uns bei unseren Kooperationspartnern, insbesondere bei den Mitarbeiter*innen der SAPV und der umliegenden Hospize sowie unseren Zuweisern für die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit.

9.0 Impressum und Disclaimer

Verantwortlicher Mitarbeiter für die Erstellung des Qualitätsberichts: T. von Saint-George

- Der vorliegende Qualitätsbericht wurde im Februar auf Basis der erhobenen Daten des Jahres 2025 nach bestem Wissen und Gewissen erstellt.
- Sofern sich aus Sicht des Verfassers bei der Interpretation bestimmter Assessments Probleme ergeben, wird dies im entsprechenden Kapitel separat diskutiert.
- Im vorliegenden Qualitäts- und Jahresbericht werden, wo sinnvoll und möglich, geschlechtsübergreifende Formulierungen verwendet. In Fällen, in denen aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit geschlechtsspezifische Begriffe verwendet werden, sind ausdrücklich alle Geschlechter eingeschlossen.

9.1 Bildrechte

- *Deckblatt:* © Thomas von Saint-George
- *Abbildung 1 und 2:* © Firma Qwiek

10.0 Anhang

- Kontodaten Spendenkonto
- Strukturmerkmale Palliativstation D10 zur Erbringung des OPS 8.98e
- Liste der Mitarbeiter*innen der Palliativstation (*nur im internen Qualitätsbericht*)

10.1 Spendenkonto der Palliativstation D10

Stauferklinikum Palliativstation
Kreissparkasse Ostalb
IBAN: DE40 6145 0050 0110 0006 60
BIC: OASPDE6AXXX

10.2 Strukturmerkmale der Palliativstation D10 zur Erbringung des OPS 8.98e

Strukturmerkmal: *Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team.*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 3 des Qualitätsberichts*

Strukturmerkmal: *Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 3.4. Nachweise können bei Bedarf durch Vorlage von Facharztzeugnissen und Dienstplänen jederzeit erbracht werden.*

Strukturmerkmal: *Werktags eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 3.4. Nachweise können bei Bedarf durch Vorlage von Dienstplänen jederzeit erbracht werden.*

Strukturmerkmal: *Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 4.2. Nachweise können durch Vorlage von Weiterbildungszeugnissen jederzeit erbracht werden.*

Strukturmerkmal: *Vorhandensein von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle.*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 3.3.*

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Strukturmerkmal: Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung.

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 6.9.

Strukturmerkmal: *Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation*

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 6.1.

Strukturmerkmal: *Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme*

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 6.9.

Strukturmerkmal: *Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse.*

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Der Patienten-individuelle Verlauf, die Behandlungsziele und –ergebnisse werden regelmäßig über das Palliativmedizin-spezifische KIS „PalliDoc“ dokumentiert. Zudem erfolgt die Besprechung der Ziele und Ergebnisse in den täglichen und wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechungen. Sie finden zudem Eingang in die Arztbriefe des jeweiligen stationären Aufenthalts.

Strukturmerkmal: *Ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen.*

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe u.a. Kapitel. Die Behandlung der Patienten und Patientinnen erfolgt analog dem Konzept des „Total Pain“ (nach Cicely Saunders) in dem der somatische, psychische, spirituelle und soziale Schmerz einander gleichgestellt und multiprofessionell, ganzheitlich und interdisziplinär behandelt werden. Das Konzept wird u.a. im individuellen Leitbild der Palliativstation D10 festgehalten.

Strukturmerkmal: *Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und mindestens eines Mitglieds der Pflege des Behandlungsteams sowie mindestens eines weiteren Vertreters der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen pro vollständiger Woche*

Kommentar der Einrichtung: die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Siehe Kapitel 6.1.

Strukturmerkmal: *Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und vollständige Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.). Bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen des Behandlungsteams werden die jeweiligen Mitarbeiterminuten aufsummiert*

Jahres- & Qualitätsbericht 2025

Palliativstation D10

Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Die individuellen Therapiezeiten werden über das Palliativmedizin-spezifische KIS „PalliDoc“ dokumentiert. Dieses prüft zum Ende der Behandlung regelhaft, ob die Therapiezeiten zur Erbringung des OPS 8.98e erreicht wurden.*

Strukturmerkmal: *Ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Das multiprofessionelle Team der Palliativstation D10 prüft in jedem Fall die Notwendigkeit zur Vermittlung o.g. Unterstützungsangebote. Im Bedarfsfall können entsprechende Angebote u.a. über die Krebsberatungsstelle Ostwürttemberg (auf dem Gelände des Stauferklinikums), die Psychoonkologie sowie einen Kinderhospizdienst organisiert werden.*

Strukturmerkmal: *Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und Zuweisung, sofern erforderlich*

Kommentar der Einrichtung: *die Anforderungen werden vollumfänglich erfüllt. Bei jedem Patienten bzw. jeder Patientin erfolgt bereits im Rahmen des Aufnahmeassessments eine individuelle Einschätzung hinsichtlich notwendiger Maßnahmen zur Sicherstellung einer adäquaten ambulanten Versorgung. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Brückenpflege und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung sowie eine Kooperation mit mehreren Hospizen. Die Versorgungsplanung und –organisation bildet einen der Schwerpunkte der stationären palliativmedizinischen Versorgung am Stauferklinikum.*

10.3 Liste der Mitarbeiter*innen der Palliativstation

Eine Liste aller Mitarbeiter der Palliativstation D10 ist aus Datenschutzgründen nur in der Klinik-internen Version des Qualitätsberichts hinterlegt.