



Österreichische
PalliativGesellschaft

WHO|Europe
WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Policy Brief zur
**Integration der Rehabilitation
in Hospiz- und Palliativangebote**

Übersetzung des
Policy Brief „on integrating rehabilitation into palliative care services“
der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Europa)

unterstützt von

**HOSPIZ**
ÖSTERREICH
Hospiz und Palliative Care

Zusammenfassung

Laut Richtlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur universellen Gesundheitsversorgung sind sowohl Rehabilitation als auch Palliative Care wesentliche Bestandteile einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und sollten daher unter Einsatz von interprofessionellen Teams in die Gesundheitssysteme integriert werden.

Rehabilitation in der Palliative Care wirkt sich positiv auf betroffene Personen und Gesundheitssysteme aus. Der Zugang zu den Angeboten wird durch eine Reihe von Hindernissen eingeschränkt, dazu zählen begrenzte Ressourcen, nicht ausreichend vernetzte Versorgungsstrukturen oder Sichtweisen von Fachpersonal und finanziellen Entscheidungsträger:innen. Während in einkommensstarken Ländern eine, in die Gesundheitsversorgung integrierte, Rehabilitation für Menschen mit chronischen Langzeiterkrankungen oder nach Verletzungen weitgehend etabliert wurde, ist sie in Hospiz- und Palliativangeboten nach wie vor unzureichend und unterschiedlich verfügbar.

Dieser Policy Brief zielt darauf ab, zu verstehen, wie die Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote Qualität, Zugänglichkeit, Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Gesundheitsdienstleistungen für Menschen am Lebensende verbessern kann. Er bietet konkrete und umsetzbare Informationen und Empfehlungen zur Unterstützung von Entscheidungsträger:innen und Führungskräften in Gesundheitssystemen, die eine Integration von Rehabilitation in die Hospiz- und Palliativangebote planen.

Impressum

Policy Brief zur Integration der Rehabilitation in Hospiz- und Palliativangebote

© 2024 Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Kontakt: office@palliativ.at

Übersetzung des Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

Übersetzung: Susanne Domkar, Susanne Javorszky, Brigitte Loder-Fink, Alexander Müller, Rainer Simader

Redaktion: Volker Weilguni

Layout: Stefan Kaufmann - Made by Jason

Die Übersetzung wurde nicht durch das WHO Regionalbüro Europa durchgeführt. Das WHO Regionalbüro Europa zeichnet nicht für den Inhalt und die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich.

Die verbindliche und authentische Version ist die englische Originalausgabe: Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.

Inhalt

Danksagung der Autor:innen	4
Danksagung und Anmerkungen der Übersetzer:innen	4
Vorwort Österreichische Palliativgesellschaft	5
Vorwort HOSPIZ ÖSTERREICH	5
Vorwort Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD Austria)	6
Hintergrund	7
Rehabilitation in der Palliative Care	7
Möglichkeiten zur Integration der Rehabilitation in die Palliative Care	9
Hindernisse und Lösungen für eine bessere Integration der Rehabilitation in die Palliative Care	10
Strategien, Richtlinien und Handlungsmöglichkeiten zur Stärkung von Rehabilitation in der Palliative Care	12
Fallstudien: Rehabilitation in der Palliative Care	13
Kompetenzzentrum für Patient:innen mit komplexen chronischen Lungenerkrankungen mit integrierter Rehabilitationsversorgung, Ciro, Horn, Niederlande	13
In die ambulante Palliative Care integrierte Rehabilitation: Vejle Universitätsklinik, Vejle, Dänemark	14
Onkologisches Zentrum mit einem stetig wachsenden Rehabilitationsteam: Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Mailand, Italien	15
Integration der Rehabilitation in die Palliativversorgung in Tschechien	16
Hospiz und Palliative Care - Zentrum mit stationärer, ambulanter und häuslicher spezialisierter rehabilitativer Versorgung, St. Christopher's Hospice, London, Vereinigtes Königreich	17
Literatur	18

Danksagung der Autor:innen

Dieser Policy Brief wurde von Satish Mishra (Health Workforce and Service Delivery Unit, WHO Regional Office for Europe) konzipiert, geprüft und herausgegeben. Verfasst wurde er von: Satish Mishra und Julie Ling (Health Workforce and Service Delivery Unit, WHO Regional Office for Europe), Matthew Maddocks, Joanne Bayly, Charles Normand und Richard Harding (Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London and World Health Organization Collaborating Centre, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland). Das WHO-Regionalbüro für Europa dankt Elisa Vanzulli, Maria Grazia Blandini, Augusto Caraceni und Alice Gallivanone (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori in Mailand) für ihre fachlichen Beiträge zu den Fallstudien; Helena Talbot-Rice (St. Christopher's Hospice, London, Vereinigtes Königreich), Lise Nottelmann (Vejle University Hospital, Vejle, Dänemark), Daisy Janssen (Ciro-Horn, Niederlande), Martin Loučka (Center for Palliative Care, Prag, Tschechien) und Vojtěch Kovařovic (UK FTVS, Prag, Tschechien). Das WHO-Regionalbüro für Europa dankt auch Cathal Morgan, Justine Gosling und Sue Eitel (Health Workforce and Service Delivery Unit, WHO Regional Office for Europe) sowie Pauline Kleinitz (Rehabilitationsprogramm, WHO-Hauptbüro) für ihre fachlichen Beiträge.

Danksagung und Anmerkungen der Übersetzer:innen

Unser Dank gilt der Österreichischen Palliativgesellschaft und den Mitgliedern ihrer Arbeitsgruppe für MTD-Berufe, Heilmasseur:innen und Musiktherapie. Ebenfalls bedanken wir uns bei HOSPIZ ÖSTERREICH, dem Dachverband der österreichischen Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Durch die Unterstützung dieser Organisationen und ihrer Mitglieder wurde diese Übersetzung ermöglicht.

Das Übersetzungsteam bestand aus fünf Personen mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund. Sie alle sind Mitglieder der Arbeitsgruppe MTD-Berufe, Heilmasseur:innen und Musiktherapie der österreichischen Palliativgesellschaft. Im Prozess der Übersetzung wurde deutlich, wie wichtig der bewusste Umgang mit Sprache ist. Selbst Berufsgruppen, die in rehabilitativen Settings tätig sind, verstehen unter denselben Begriffen gegebenenfalls Unterschiedliches. Wie auch in der Begleitung von Menschen mit palliativen Erkrankungen, ihrer An- und Zugehörigen und in der Tätigkeit im multiprofessionellen Team ist der achtsame Umgang mit Sprache auch in diesem Dokument bedeutsam.

Die Übersetzer:innen einigten sich bei folgenden englischen Begriffen auf entsprechende deutsche Übersetzungen:

englisch	deutsch
Policy brief	Policy Brief
palliative care	Palliative Care
palliative care services	Hospiz- und Palliativangebote
function	Funktion
Functioning	Funktionsfähigkeit
breathlessness	Atemnot

Für Rückfragen und Anmerkungen stehen die Übersetzer:innen gerne zur Verfügung.

Rainer Simader Physiotherapeut **Brigitte Loder-Fink** Ergotherapeutin **Susanne Domkar** Diätologin **Susanne Javorszky** Logopädin **Alexander Müller** Physiotherapeut



Dr. Dietmar Weixler, MSc

Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft

Vorwort Österreichische Palliativgesellschaft

Die OPG bekennt sich zur Forderung, dass Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Logopäd:innen, Psycholog:innen und andere in der Rehabilitation tätige Berufsgruppen in sämtlichen Kernteams der integrierten Palliativ- und Hospizversorgung tätig sind, von Diagnosestellung – bis zum letzten Atemzug eines Menschen: innerhalb der spezialisierten Einrichtungen und vor allem auch am Wohnort der Patient:innen, wenn sie erhebliche Einschränkungen ihrer Mobilität haben. Vor allem in den letzten Monaten eines Menschenlebens möchten die meisten Menschen zuhause sein. Gerade in diesem Bereich ist die Integration der Berufsgruppen aktuell besonders schwierig. Dabei wäre es gerade für eine Gesellschaft, die sich zu einem Menschenbild des Humanismus bekennen will, ein Akt der Menschenfreundlichkeit, wenn vulnerable und einsame Personen aus unserer Gemeinschaft aufgesucht werden und sie mit der gebotenen Sensibilität von den angemessenen und wirksamen therapeutischen Anwendungen Nutzen ziehen – auch zur Bestärkung, Entlastung und Anleitung der An- und Zugehörigen.

Zu unserer Natur gehört die Bewegung, die vollkommene Ruhe ist der Tod.

Blaise Pascal (1623-1662)



Mag.^a Barbara Schwarz

Präsidentin HOSPIZ ÖSTERREICH, Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen

Vorwort HOSPIZ ÖSTERREICH

Wir alle haben unsere eigenen Vorstellungen davon, was Lebensqualität bedeutet. Dies gilt auch für jene Menschen, die wissen, dass sie sterben werden, und für ihre An- und Zugehörigen. Individuelle Lebensqualität am Lebensende bedeutet auf jeden Fall mehr als nur die Abwesenheit von Symptomen. Es ist von großer Bedeutung, etwas tun zu können, am sozialen Leben teilhaben zu können, sich artikulieren zu können, genießen zu können und die letzten wichtigen Ziele zu planen und zu erreichen. Damit das möglichst lange gelingt, bedarf es der Expertise eines sehr breit aufgestellten multiprofessionellen Teams und Menschen, die es gewohnt sind, rehabilitativ zu arbeiten und den Begriff im Sinn von befähigend zu verstehen. Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen und Logopäd:innen können auch in Settings, in denen das Lebensende Thema ist, einen wichtigen Unterschied machen. Wahre Multiprofessionalität bringt Austausch, kreative Ideen und Entlastung für jede einzelne Berufsgruppe. Die Haltung der Befähigung ist dafür bei allen

Berufsgruppen und ehrenamtlichen Teams eine wesentliche Voraussetzung. Für die Patient:innen bedeutet das, ganzheitlich, umfassend und aus verschiedenen Perspektiven wahrgenommen zu werden. Unterstützung und Erhalt möglichst vieler verschiedener Fähigkeiten tragen schließlich zur bestmöglichen Lebensqualität bei.

Die Themen gemeinsam lernen und gemeinsam arbeiten sind HOSPIZ ÖSTERREICH seit jeher ein Anliegen. Mehr denn je müssen wir alle vorhandenen Ressourcen zum Wohle der in Österreich lebenden und sterbenden Menschen nutzen. Wie in diesem Dokument klar beschrieben, sind rehabilitative Angebote nicht nur wirksam, sinnvoll und erwünscht, sie beleuchten auch die Themen Hospiz und Palliative Care in einem größeren Zusammenhang mit dem Leben.



Mag. Gabriele Jaksch

Präsidentin von
MTD-Austria

Vorwort Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD Austria)

Es ist an der Zeit, die Bedeutung der MTD-Berufe in der Rehabilitation am Lebensende hervorzuheben. In vielen Ländern ist es unumstritten, dass eine rechtzeitige Einbindung von Biomedizinischer Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie dazu beiträgt, dass Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt leben können.

Im Namen der sieben Interessenvertretungen der eben genannten gesetzlich geregelten MTD-Berufe vertritt MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, die drittgrößte Berufsgruppe im österreichischen Gesundheitswesen. Die Kompetenzen der rund 41.000 MTD-Berufsangehörigen sind von unschätzbarem Wert für eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung der Patient:innen und müssen unbedingt verstärkt in den palliativen Bereich integriert werden. Jedoch stehen die MTD-Berufe insbesondere im freiberuflichen Sektor vor großen Herausforderungen. Die überwiegende Klassifizierung der Angebote als Wahlleistungen und die Tatsache, dass Menschen mit schweren oder chronischen Krankheiten oft über geringen finanzielle Mittel verfügen, stellen eine enorme Hürde dar. Hinzu kommt, dass die MTD-Berufe in vielen Alten- und Pflegeheimen sowie Hospiz- und Palliativangeboten oft unterrepräsentiert sind. Eine adäquate Einbindung und angemessene Honorierung sind hier dringend erforderlich.

Es ist bemerkenswert, dass MTD-Berufe in anderen Ländern eine wesentlich größere Rolle im oberen Management von Hospiz- und Palliativeinrichtungen spielen. Sie gelten als treibende Kräfte für den Erhalt der Lebensqualität bis zum Lebensende. Durch eine frühzeitige und umfassende Rehabilitation können nicht nur die Lebensqualität der Patient:innen verbessert, sondern auch die Kosten gesenkt werden. Unser aller Ziel muss es daher sein, die MTD-Berufe in sämtliche Kernteams der integrierten Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich einzubeziehen, um jedem Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich würdevoll und selbstbefähigt zu leben.

Hintergrund

Aufgrund einer alternden Bevölkerung und zunehmenden Erkrankungen wird sich die Anzahl der Menschen, die weltweit mit Behinderungen leben und am Ende ihres Lebens Leid erfahren, bis 2060 nahezu verdoppeln (1). Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen und ihren An- und Zugehörigen, indem sie von der Diagnose bis zum Lebensende Leid verhindert und/oder lindert (1). Dies wird durch die rechtzeitige Identifizierung, Beurteilung und Behandlung von körperlichen, psychosozialen oder spirituellen Symptomen und Anliegen erreicht. Jedes Jahr benötigen schätzungsweise 40 Millionen Menschen weltweit bzw. 5 Millionen Menschen in Europa Palliative Care, wobei nur etwa 14 % bzw. 35 % diese auch erhalten (2, 3).

Bei fortgeschrittenen Erkrankungen wird Leid oft durch ein voranschreitendes Nachlassen von Funktionen und dem damit verbundenen Verlust von Rollen und Routinen, Unabhängigkeit und Würde verursacht (4-7). Rehabilitation kann dabei helfen, dieses Belastungserleben zu verringern. Rehabilitation in der Palliative Care befähigt Menschen, aktiv mit ihren unheilbaren Erkrankungen umzugehen, reduziert Symptome und ermöglicht es Betroffenen, selbstständig und sozial aktiv zu bleiben und bis ans Ende ihres Lebens die bestmögliche Lebensqualität zu haben (8).

Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Psycholog:innen, Logopäd:innen und andere in der Rehabilitation tätige Berufsgruppen sollten idealerweise Mitglieder der palliativen Kernteams sein (8). Jedoch können alle Teammitglieder einen rehabilitativen, funktionsorientierten Ansatz in ihrer Betreuung verfolgen (9).

Rehabilitation in der Palliative Care

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Rehabilitation als eine Reihe von Interventionen zur Optimierung der Funktionsfähigkeit und zur Reduktion von Behinderungen bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen unter Berücksichtigung ihrer Umwelt (10). Grundsätzlich unterstützt Rehabilitation durch eine Reihe von Maßnahmen Personen dabei, ihr volles Potenzial auszuschöpfen, um eine optimale Funktionsfähigkeit im Alltag zu erreichen und zu erhalten (11). Diese Maßnahmen umfassen häufig einen Problemlösungsprozess (12), der auf die Prioritäten, Bedürfnisse und Ziele des Individuums zugeschnitten ist (12).

Viele Gesundheitszustände führen zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, die sich aus Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (z. B. Schmerzen, Muskelschwäche), Einschränkungen bei Aktivitäten (z. B. Selbstversorgung, Gehen) und Einschränkungen bei der Teilhabe (z. B. am gesellschaftlichen Leben, im Arbeitsprozess) ergeben. Funktionsfähigkeit wird in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO definiert (13).

Da sich die Behandlungsmöglichkeiten stetig verbessern, leben Menschen länger mit lebenslimitierenden, multiplen und mit Behinderungen einhergehenden Langzeiterkrankungen. Dadurch hängt die Belastung durch die Erkrankungen nicht nur mit dem vorzeitigen Tod, sondern auch mit der Dauer zusammen, die Menschen mit einer Behinderung leben (14).

Die persönliche und gesundheitliche Situation von Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung kann sich rasch ändern. Da sich ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit verschlechtert, ändern sich auch ihre persönlichen Ziele und Bedürfnisse, einschließlich jener, die mit ihrer Funktionsfähigkeit im Alltag zusammenhängen. Ihre Situation bedarf regelmäßiger Evaluierung (9). In vielen Fällen hilft Rehabilitation den Menschen, bis zu ihrem Tod so angenehm und erfüllt wie möglich zu leben (15). Rehabilitation unterstützt auch Familien in ihren pflegenden sowie betreuenden Rollen.

Es gibt eine Vielzahl von rehabilitativen Interventionen, die in die Palliative Care integriert werden können, zu den gängigsten gehören (8, 16-21):

- Übungen zur Kräftigung der Muskulatur und zur Erweiterung des Bewegungsausmaßes
- Lagerung und Positionierung zur Unterstützung der Funktionsfähigkeit, Schmerzlinderung, Ödemkontrolle, Prävention von Kontrakturen und Druckstellen
- Training der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Mobilität
- Wohnraumanpassung
- Bereitstellung und Schulung in der Verwendung von Hilfsmitteln
- Berücksichtigung der Bedürfnisse von Pflege- und Betreuungspersonen und Familienangehörigen, z. B. durch Schulungen für Pflegenden und Betreuende
- Unterstützung der sozialen Interaktion und Partizipation, z. B. durch die Anpassung von Aktivitäten

Die Vorteile einer Rehabilitation wurden bei Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, respiratorischen Erkrankungen, Herzerkrankungen, chronischen Nierenerkrankungen, Frailty und Demenz gezeigt.

Diese Vorteile beinhalten (10, 21-38):

- Verringerung des Leidensdrucks im Zusammenhang mit Fatigue, Atemnot und Schmerzen
- geringere Auswirkungen der Symptome auf die täglichen Aktivitäten und Rollen
- Erhalt oder Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei täglichen Aktivitäten
- positive Erfahrungen und Vorteile über die Verbesserung der körperlichen Funktion hinaus
- erhöhtes psychisches Wohlbefinden, einschließlich Zuversicht, Sicherheit und Hoffnung
- bedeutungsvolle soziale Unterstützung

Die Wirksamkeit von Interventionen kann erhöht werden durch (39-41):

- individuell auf Zielsetzungen angepasste Maßnahmen
- Einbeziehen von Familienmitgliedern sowie pflegenden und betreuenden Personen
- kompetente Kommunikation
- starke interprofessionelle Teamarbeit (Einsatz von Kompetenzen und Verteilung von Aufgaben an verschiedene Berufsgruppen)

Dieser Policy Brief wurde auf der Grundlage der aktuellen Literatur zu Palliative Care und Rehabilitation entwickelt. Es werden Fallstudien aus fünf europäischen Ländern vorgestellt, die zeigen, wie Rehabilitation in die Palliative Care integriert werden kann. Die meisten Erkenntnisse zur Rehabilitation in der Palliative Care stammen aus Studien in Ländern mit hohem Einkommen, in denen Rehabilitationsangebote in Gesundheitssystemen gut etabliert sind. Die Leistungen werden häufig von erfahrenen, gut ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitsdienstleister:innen mit ausreichenden Ressourcen erbracht. Die häusliche Pflege und Betreuung zeichnet sich durch eine definierte Pflegekultur aus.

Rehabilitation wird zwar in erster Linie von medizinisch-therapeutischen Berufen, wie Physiotherapeut:innen und Ergotherapeut:innen, erbracht, jedoch können viele der Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen einer Aufgabenteilung auch von anderen Gesundheitsfachpersonen, die in der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen geschult sind, durchgeführt werden.

Möglichkeiten zur Integration der Rehabilitation in die Palliative Care

Das Konzept der universellen Gesundheitsversorgung sieht vor, dass sowohl Rehabilitations- als auch Hospiz- und Palliativangebote im Rahmen der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (42, 43). Diese Angebote sollten für alle Menschen in allen Lebensabschnitten und in jedem Setting verfügbar sein (11, 42).

Während bei der Integration von Rehabilitationsmaßnahmen in verschiedene Versorgungsbereiche, wie z. B. chronische respiratorische Erkrankungen (30), Schlaganfall (44) oder Herzerkrankungen (45), weiterhin Fortschritte erzielt werden, ist die Palliative Care nach wie vor unterversorgt und mit zu wenig Ressourcen ausgestattet (9).

Die Integration der Rehabilitation in die Palliative Care kann den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Effizienz verbessern. Diese Integration hat auch das Potenzial, eine nachhaltige finanzielle Investition zu sein, da sie den Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit einer Person verbessert, Folgeerkrankungen vorbeugen kann und den Bedarf an weiterer Palliativversorgung verringert. Eine in die Palliative Care integrierte Rehabilitation kann eine hochwertige ganzheitliche Versorgung ermöglichen.

Rehabilitations-, Hospiz- und Palliativangebote sind traditionell auf unterschiedliche, aber aufeinander abgestimmte Therapieziele ausgerichtet (46).

- Sowohl Rehabilitation als auch Palliative Care umfassen multiprofessionelle Angebote, die auf – für die Menschen und ihre Familien – wichtige Ziele, Bedürfnisse und Prioritäten ausgerichtet sind.
- Ziel von Hospiz- und Palliativangeboten ist die Linderung des Leidens von Menschen, die mit einer unheilbaren Krankheit leben.
- Rehabilitationsangebote sollen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bei der Ausübung ihrer täglichen Aktivitäten und Rollen unterstützen.

Rehabilitations- und Hospiz- und Palliativangebote treten in Gesundheitssystemen zunehmend gemeinsam auf. Das bietet die Möglichkeit, den Zugang zu einer hochwertigen funktions- und fähigkeitsorientierten Versorgung für Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen zu verbessern. Dies kann durch Investitionen in Angebote der Rehabilitation, Hospiz- und Palliative Care mit erweitertem Handlungsfeld erreicht werden.

- Hospiz- und Palliativangebote sind gefordert, der funktions- und fähigkeitsorientierten Versorgung einen höheren Stellenwert einzuräumen (9), einschließlich der Erweiterung des multiprofessionellen Palliativteams um spezialisierte Rehabilitationsexpert:innen (16, 46).
- Rehabilitationsangebote können ihr Handlungsfeld um Angebote für Menschen mit mehrfach chronischen Langzeiterkrankungen erweitern. Dies erfordert Interventionen, die Menschen dabei helfen, Auswirkungen einschränkender Symptome und psychischer Belastungen auf ihre täglichen Aktivitäten, ihre soziale Teilhabe und ihre Lebensqualität zu bewältigen (47).
- Rehabilitation im Rahmen von Palliative Care sollte Menschen in Phasen der Remission, des Fortschreitens der Erkrankung und der nachlassenden körperlichen Leistungsfähigkeit unterstützen (20, 25, 34, 37, 48, 49).

Mögliche Vorteile einer Integration der Rehabilitation in die Palliativversorgung sind (50):

- zeitgerechte Überweisung an eine Rehabilitationseinrichtung, wenn dies indiziert ist
- bessere Koordinierung der Versorgung durch Einbeziehung des multiprofessionellen Teams bei der Befundung, Planung und Durchführung der Versorgung
- bessere Berücksichtigung der Auswirkungen des Gesundheitszustands auf die alltägliche Funktionsfähigkeit einer Person
- ganzheitlicher und umfassender Ansatz bei der Identifikation personenzentrierter Ziele
- verbessertes Erleben der Pflege- und Betreuungsqualität für Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung und ihren Familien
- Potenzial zur Steigerung der Kosteneffizienz im Gesundheitswesen

Hindernisse und Lösungen für eine bessere Integration der Rehabilitation in die Palliative Care

Obwohl die Vorteile der Integration von Rehabilitation in die Palliative Care bekannt sind, gibt es Faktoren, die einer Ausweitung der Rehabilitationsangebote für Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen entgegenstehen. Diese sind in Tabelle 1 dargestellt, gemeinsam mit evidenzbasierten Lösungen, die in den Fallstudien als Beispiele aufgeführt sind.

<p>Hindernis (51) Geringe Priorisierung der Planung und Ressourcen der Rehabilitation im Gesundheitswesen</p>	<p>Evidenzbasierte Lösungen (16, 52-56)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Rehabilitation sowie funktions- und fähigkeitsorientierter Versorgung in die Grundsätze und Leitlinien von Palliative Care • Priorisierung von Rehabilitation im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung, um sicherzustellen, dass sie gestärkt wird und für die Integration in Palliative Care zur Verfügung steht • Entwicklung von Curricula für die Ausbildung von Ärzt:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, medizinisch-therapeutischen Berufen und/oder anderen Gesundheitsberufen, um sicherzustellen, dass Konzepte und Maßnahmen von Rehabilitation in Palliative Care berücksichtigt werden • Bereitstellung von Schulungen, Pflege- und Betreuungsbeispielen für Palliativpflegepersonen, Community Nurses und extramurales Gesundheitspersonal zur Erlangung von Fertigkeiten und Kompetenzen für die Durchführung grundlegender Elemente der Rehabilitation • Finanzierung und Ausweitung der Aus- und Weiterbildung von Rehabilitations- und/oder Gesundheitsfachpersonen (auf Grundausbildungs-, Bachelor- und Postgraduiertenniveau)
--	---

<p>Hindernis (9, 57) Gestaltung und Organisation von Hospiz- und Palliativangeboten zur Integration von Rehabilitation</p>	<p>Evidenzbasierte Lösungen (9, 20, 58-67)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematische Screening- und Überweisungsprozesse, die darauf ausgerichtet sind, funktionelle Schwierigkeiten bei Menschen zu erkennen, die von Rehabilitation profitieren können, um Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden zu optimieren • Kontinuierliche Verwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten, um Veränderungen der Funktionsfähigkeit im Laufe der Zeit zu erkennen • Versorgungsangebote in verschiedenen Settings: zu Hause, in intra- und extramuralen, ländlichen und städtischen Bereichen, Tele-Health • Bereitstellung flexibler, bedarfsgerechter und maßgeschneiderter Ansätze, die zu unmittelbaren Verbesserungen führen • Falls bestehende Rehabilitationsangebote (z. B. Schwerpunktversorgungszentren) die Möglichkeiten von Palliative Care einschränken, sollte die Entwicklung eines breiteren rehabilitativen Handlungsfelds unterstützt werden.
<p>Hindernis (69, 70) Geringe Nachfrage seitens der Patient:innen aufgrund der Annahme, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Behandlungen Funktionseinschränkungen rückgängig machen können • Rehabilitation beschwerlich oder zeitaufwendig und/oder ineffektiv ist • die Priorisierung der Teilnahme aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung zu zeitfordernd ist • Rehabilitation kulturell nicht angemessen ist, wenn man sich dem Ende des Lebens nähert 	<p>Evidenzbasierte Lösungen (9, 16, 40, 63, 71,72)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Verbreitung von Schulungsmaterialien für Patient:innen, um das Verständnis für den Nutzen von Rehabilitation zu verbessern • Öffentlichkeitsarbeit, die aufzeigt, dass Rehabilitation wesentliche Verbesserungen für die Patient:innen und das Erreichen ihrer Ziele mit sich bringt • Einbeziehung von Patient:innen und der Öffentlichkeit in die Gestaltung neuer Rehabilitationsangebote • Wohnortnahe Rehabilitationsangebote für Patient:innen, um geografische, transportbedingte und terminliche Hindernisse zu reduzieren • Entwicklung angepasster Ziele und Rehabilitationsprogramme, um den Aufwand für Teilnehmer:innen zu minimieren • Unterstützung der aktiven Einbeziehung von Pflege- und Betreuungspersonen in die Rehabilitation
<p>Hindernis (9,73-77) Überzeugung und Haltung der Kostenträger:innen und Gesundheitsfachpersonen, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • nur medizinische Behandlungen die Funktionsfähigkeit verbessern • Herausforderungen, die Menschen bei alltäglichen Aktivitäten erleben, von geringer Priorität sind • Rehabilitation möglicherweise nicht wirksam ist oder falsche Hoffnungen macht 	<p>Evidenzbasierte Lösungen (9, 73-77)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information zur Evidenz der Wirksamkeit verbreiten • Entwicklung von Online-Schulungen; Aufnahme von Rehabilitation in Curricula für Ärzt:innen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Rehabilitations- und/oder andere Gesundheitsfachberufe sowie in Palliative Care Aus- und Weiterbildungen

Tabelle 1: Hindernisse und evidenzbasierte Lösungen für eine bessere Integration von Rehabilitation in die Palliative Care

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zusätzliche Hindernisse für Rehabilitationsmaßnahmen in der Palliative Care mit sich brachten. Rehabilitationsangebote zählten zu jenen Bereichen, die während der Pandemie am stärksten beeinträchtigt waren (78).

Etablierte Angebote für Menschen mit fortgeschrittenen Erkrankungen waren auch in der Palliative Care stark betroffen (59, 61, 79, 80). Viele Kliniken und Dienste reagierten und bemühten sich, Barrieren abzubauen, indem sie online Rehabilitationsangebote ermöglichten (59, 61). Online-Formate können den Zugang zu palliativer Rehabilitation auch für Menschen verbessern, die zuvor aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen, sozialen Umständen und/oder geografischen Gegebenheiten Schwierigkeiten hatten, solche Leistungen in Anspruch zu nehmen (61). Die ausschließliche Bereitstellung von Online-Angeboten kann jedoch zu neuen Barrieren in der Versorgung führen und Menschen benachteiligen, die nicht in der Lage oder bereit sind, auf digitale Ressourcen zuzugreifen.

Die laufenden technischen Anforderungen und Auswirkungen auf das Personal müssen bei der Finanzierung und Regelung dieser Rehabilitationsmodelle berücksichtigt werden. Im Falle künftiger Pandemien sollte vorausschauend geplant werden, wie Rehabilitationsangebote angepasst und aufrechterhalten werden können.

Strategien, Richtlinien und Handlungsmöglichkeiten zur Stärkung von Rehabilitation in der Palliative Care

Es wird erwartet, dass das Leiden aufgrund einer lebensbegrenzenden Erkrankung zunehmen wird, wobei der stärkste Zuwachs in Ländern mit niedrigem Einkommen, bei älteren Menschen und bei Menschen mit Demenz zu verzeichnen sein wird. Dies hat dazu geführt, dass weltweit Maßnahmen zur Integration von Palliative Care in die Gesundheitssysteme als „ethische und wirtschaftliche Notwendigkeit“ gefordert werden (81). Bemühungen um eine Integration und Ausweitung von Palliative Care in die Gesundheitssysteme bieten auch die Möglichkeit, Rehabilitation in die Palliative Care zu integrieren.

Personen und Organisationen, die Richtlinien, Programme und Angebote entwickeln, sollten auf wichtige Referenzdokumente aufmerksam gemacht werden, die eine Integration von Rehabilitation in die Palliative Care unterstützen können:

- WHO Rehabilitation in health systems (10)
- World Health Organization: Making fair choices on the path to universal health coverage (UHC) (42)
- Rehabilitation 2030 Initiative and its call for action (82)
- World Health Organization: World report on disability 2011 (83)
- World report on ageing (84)
- Global report on assistive technology (85)

Die Ausweitung von Rehabilitation im Rahmen von Palliative Care erfordert die Berücksichtigung der lokalen Kontextfaktoren. Personen und Organisationen, die über Richtlinien, Programme und Angebote entscheiden, sollten die Besonderheiten ihres Gesundheitssystems berücksichtigen, um wirksame, nachhaltige und skalierbare Rehabilitationsangebote im Rahmen von Palliative Care zu ermöglichen.

Empfohlene Maßnahmen für Politik und Programme (76, 77, 82, 86-93)

- Integration von Rehabilitation in die Palliative Care muss durch nationale und internationale Konsenserklärungen, Richtlinien und Leitlinien sowie Rahmenbedingungen für die klinische Praxis priorisiert werden.

- Ausbau und Weiterentwicklung von Gesundheitsplänen und Budgets zur Bereitstellung ausreichender Ressourcen für Rehabilitation und deren effiziente Nutzung, auch in der Palliative Care
- Routinemäßige Erfassung von Informationen über Verfügbarkeit, Qualität und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen in Gesundheitseinrichtungen, einschließlich Informationen über Funktionsfähigkeit, Morbidität und Mortalität, als Grundlage für die weitere Planung
- Bedarfsangepasste Ausweitung der Rehabilitationsangebote unter Berücksichtigung der Komplexität der Erkrankung, der Behinderung, der Symptome und Probleme sowie des Potenzials, von diesen Diensten zu profitieren
- Sicherstellen, dass Ausbildungsprogramme und Lehrpläne für Gesundheitsfachpersonal dem Mangel an ausgebildeten Rehabilitationsfachkräften entgegenwirken
- Entwicklung von Weiterbildungskursen, um Fachpersonen in der Palliative Care, einschließlich des Pflegepersonals, die Möglichkeit zu geben, Rehabilitationskompetenzen aufzubauen
- Aufbau von Praxispartnerschaften und Netzwerken zum Austausch von Wissen und Fähigkeiten, um die Einbindung hochwertiger Rehabilitation in der Palliative Care zu beschleunigen
- Erlangung zusätzlicher Evidenz über Rehabilitationsmodelle in der Palliative Care durch Forschung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, aufbauend auf Modellen, die ihre Wirksamkeit bereits bewiesen haben
- Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung negativer Wahrnehmungen, Überzeugungen und Einstellungen gegenüber Rehabilitation in der Palliative Care, einschließlich der Einbeziehung der Rehabilitation in globale Qualitätsberichte zur Gesundheitsversorgung
- Sicherstellen, dass bei der Sensibilisierung von politischen Entscheidungsträger:innen, Gesundheitsfachpersonal und der Öffentlichkeit die Werte und Überzeugungen in Bezug auf Palliative Care und Rehabilitation berücksichtigt werden

Fallstudien: Rehabilitation in der Palliative Care

Kompetenzzentrum für Patient:innen mit komplexen chronischen Lungenerkrankungen mit integrierter Rehabilitationsversorgung, Ciro, Horn, Niederlande

Ciro versorgt zusammen mit vier weiteren Zentren für pulmonale Rehabilitation die gesamte Bevölkerung der Niederlande. Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen werden zur pulmonalen Rehabilitation an Ciro überwiesen, wenn sie einen klinischen Fragebogen (CCQ: Clinical COPD Questionnaire) zur chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) mit einem Wert von mindestens 1,9 oder einen COPD Assessment Test (CAT) mit einem Wert von mindestens 18 aufweisen und im letzten Jahr zwei oder mehr Exazerbationen aufgetreten sind oder eine oder mehrere Krankenhauseinweisungen aufgrund ihrer COPD erfolgt sind.

Die Betreuung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Fachärzt:innen für Pneumologie, Kardiologie und Innere Medizin, ärztliche Assistenzberufe (Anm. der Übersetzer:innen: kein vergleichbarer Beruf im deutschsprachigen Raum vorhanden, im Original: physician assistants), spezialisiertes Pflegepersonal, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen und Kunsttherapeut:innen. Darüber hinaus leitet ein:e Arzt:Ärztin mit Spezialisierung in Geriatrie und Palliativmedizin ein Palliative Care Team, das in ein erweitertes multiprofessionelles Team integriert ist.

Zu diesem Team gehören spezialisierte Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und psychosoziale Fachkräfte, die über eine Zusatzausbildung und/oder Fachkenntnisse in der Palliative Care verfügen. Da die Einrichtung über ein Palliative Care Team verfügt, kann Ciro auch Menschen mit fortgeschritteneren chronischen Lungenerkrankungen aufnehmen. Das Palliative Care Team erleichtert den frühzeitigen Zugang zu Palliativmedizin, Rehabilitation und psychosozialen Maßnahmen für Menschen, die mit einer schlechteren Prognose eine pulmonale Rehabilitation beginnen.

Menschen, die vom palliativen Rehabilitationsteam unterstützt werden, nehmen am achtwöchigen Standardprogramm der pulmonalen Rehabilitation teil, wobei der Schwerpunkt auf Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden liegt.

Gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung sowie vorausschauende Planung für das Lebensende gehören zu den zusätzlich angebotenen Leistungen. Es werden pharmakologische und nicht-pharmakologische Interventionen angeboten, um den Menschen zu helfen, mit Symptomen wie Atemnot, Fatigue und Angst umzugehen, die ihre täglichen Aktivitäten und ihre Teilnahme am pulmonalen Rehabilitationsprogramm beeinträchtigen. Hilfsmittel, z. B. Gehhilfen, werden zur Verfügung gestellt. Therapieeinheiten werden während des stationären Aufenthalts in Einzel- oder Gruppensettings angeboten.

Bei Bedarf können Patient:innen an einem verlängerten Programm teilnehmen, das bis zu 12 Wochen dauert, um genügend Zeit zu haben, ihre Ziele zu erreichen und davon zu profitieren. Das Palliative Care Team unterstützt Betroffene bei der vorausschauenden Planung zukünftiger akuter Ereignisse und achtet besonders auf die häusliche Umgebung der Betroffenen, um ihr Wohlbefinden nach der Entlassung zu optimieren.

Ärzt:innen mit Spezialisierung in Geriatrie und Palliativmedizin setzen sich vor der Entlassung mit dem:der Hausarzt:in des:der Patient:in in Verbindung. Das Palliative Care Team arbeitet mit lokalen Anbieter:innen zusammen, um bei Bedarf eine weiterführende ambulante Rehabilitation zu organisieren.

Das Palliative Care Team im Ciro bietet einen frühen Zugang zu Palliativmedizin und Rehabilitation durch ein innovatives und niederschwelliges Angebot.

Nachdem Hospize in den Niederlanden in der Regel stationäre Leistungen für Menschen in den letzten drei Lebensmonaten anbieten, bietet Ciro Menschen mit fortgeschrittener chronischer Lungenerkrankung die Möglichkeit, bereits zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Erkrankung von palliativer Rehabilitation zu profitieren.

Die extramurale und wohnortnahe Rehabilitation wird in der Regel von Primärversorgungsteams durchgeführt. Derzeit wird palliative Rehabilitation für Menschen mit fortgeschrittener chronischer Lungenerkrankung nur in spezialisierten Zentren wie Ciro angeboten.

In die ambulante Palliative Care integrierte Rehabilitation: Vejle Universitätsklinik, Vejle, Dänemark

In Dänemark fällt die extramurale und wohnortnahe Rehabilitation für Menschen mit jeglicher Erkrankung in die Zuständigkeit der Gemeinden.

Dabei handelt es sich in der Regel um übungsbasierte Angebote, die Menschen mit allen Erkrankungen offenstehen und in lokalen Einrichtungen (also nicht im Rahmen von Hausbesuchen) durchgeführt werden.

Vor 2013 wurden ärztliche und pflegerische Palliative Care-Leistungen in Vejle nach Abschluss der onkologischen Therapie in der Regel zu Hause durchgeführt. Den Palliative Care Teams war bewusst, dass es vielen Menschen zu diesem Zeitpunkt zu schlecht ging, um von einer übungsorientierten Rehabilitation zu profitieren.

Sie beobachteten auch, dass Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, die sich einer onkologischen Behandlung im Krankenhaus unterzogen, Schwierigkeiten hatten, an extramuralen und wohnortnahen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen, da sie häufig zu den geplanten Terminen ins Krankenhaus mussten.

Im Jahr 2013 wurde auf dem Gelände des Krankenhauses ein neues onkologisches Zentrum errichtet. Mit einer Reihe von zusätzlichen Behandlungsräumen für ambulante Termine sowie Gruppen- und Trainingsräumen bot es die Möglichkeit, ein neues, innovatives, hochflexibles, ambulantes, palliatives Rehabilitationsangebot zu entwickeln.

Das Modell umfasst ein verpflichtendes Basisprogramm mit optionalen, zusätzlichen, maßgeschneiderten Elementen.

Allen Patient:innen wird eine Erstberatung durch Palliativmediziner:innen und Pflegefachpersonen sowie eine zweite Beratung durch eine Palliativpflegefachperson angeboten. Anschließend können die Patient:innen an einem 12-wöchigen Gruppenprogramm teilnehmen, das von Mitgliedern des multiprofessionellen Teams, darunter Physiotherapeut:innen, Pflegepersonen, Ergotherapeut:innen, Diätolog:innen, Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen und Psycholog:innen, geleitet wird.

Die Einheiten richten sich sowohl an die Patient:innen als auch an ihre Pflege- und Betreuungspersonen und befassen sich mit dem Umgang mit häufigen Symptomen, mit Schlaf, Ruhe und Entspannung, mit der richtigen Ernährung und der Bewältigung des Lebens mit der Erkrankung und ihrer Behandlung sowie mit psychologischen und emotionalen Fragen. Nach jeder Schulungs- und Beratungseinheit werden an die Patient:innen individuell angepasste Bewegungseinheiten in Gruppensettings angeboten. Darüber hinaus werden in der Ambulanz Einzeltherapien mit einem Mitglied des multiprofessionellen Teams angeboten. Nach dem 12-wöchigen Programm werden jene Patient:innen, deren Versorgungsbedarf an Palliative Care ausreichend erfüllt wurde, mit der Option entlassen, das Angebot auch zukünftig wieder in Anspruch nehmen zu können.

Jene, die weiterhin Rehabilitationsbedarf haben, werden an die extramuralen und wohnortnahen Rehabilitationsangebote verwiesen. Eine zwischen 2014 und 2017 durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie ergab, dass dieses neue Modell der palliativen Rehabilitation die Lebensqualität und die emotionale Funktionsfähigkeit wirksam verbessert (20).

Onkologisches Zentrum mit einem stetig wachsenden Rehabilitationsteam: Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Mailand, Italien

Die 1928 gegründete Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori ist ein onkologisches Zentrum, das onkologische Therapie und Betreuung ab der Diagnose mit multidisziplinären, antineoplastischen Behandlungen einschließlich Palliative Care und Rehabilitation für Erwachsene und Kinder anbietet.

Das Institut ist ein nationales Schwerpunktzentrum in Italien. Seit den 1970er Jahren ist Rehabilitation mit Palliative Care und Schmerztherapie verbunden, um Menschen – sowohl stationär als auch ambulant – in jedem Stadium einer Tumorerkrankung während einer chirurgischen oder konservativen Behandlung zu unterstützen.

Heute verfügt die Abteilung über Expert:innen für physikalische Medizin und Rehabilitation, für Palliativmedizin, für Neurologie, Physiotherapeut:innen, klinische Psycholog:innen (Anm. der Übersetzer:innen: kein vergleichbarer Beruf im deutschsprachigen Raum vorhanden, im Original: psychometrists), und spezialisierte Palliativpflegefachpersonen.

Für Patient:innen am Ende des Lebens stehen Hospizbetten zur Verfügung. In den ersten Jahren konzentrierte sich das Team vor allem auf die Schmerzbehandlung und die motorische und pneumologische Rehabilitation von Patient:innen, die onkologisch behandelt wurden.

Im Laufe der Jahre wurde ein größerer Schwerpunkt auf die Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung am Lebensende gelegt und ein multiprofessioneller Palliative Care Ansatz entwickelt.

Das Rehabilitationsteam besteht heute aus zwei Expert:innen für physikalische Medizin und Rehabilitation, 15 Physiotherapeut:innen – zwei davon widmen sich der palliativen Rehabilitation im Hospiz – und einer:inem klinischen Psycholog:in (Anm. der Übersetzer:innen: kein vergleichbarer Beruf im deutschsprachigen Raum vorhanden, im Original: psychometrist), der:die pädiatrische Patient:innen versorgt.

Zu den palliativen Rehabilitationsmaßnahmen, die von den Physiotherapeut:innen durchgeführt werden, zählen die Behandlung von Lymphödemen, Mobilitätstraining, die Bereitstellung von Gehhilfen sowie die Anleitung von Bewegungs- und Atemübungen, sofern diese indiziert sind. Die Physiotherapeut:innen unterstützen die Patient:innen und ihre Betreuungs- und Pflegepersonen auch bei der Ausübung von Aktivitäten, um ihre Lebensqualität zu verbessern.

Rehabilitation wird stationären und ambulanten Patient:innen angeboten. Die Kontakte zu den extramuralen und wohnortnahen Palliativ- und Rehabilitationsangeboten werden immer besser, was die Fortsetzung der Palliativ- und Rehabilitationsversorgung nach der Entlassung der Patient:innen nach Hause erleichtert.

Ergotherapie ist in der italienischen onkologischen Versorgung unterentwickelt, derzeit gibt es keine Ergotherapeut:innen am Institut. Die Ergotherapie ist ein zusätzlicher Bereich, den das Team für Palliative Care, Schmerztherapie und Rehabilitation in Zukunft ausbauen möchte, um die Betreuung von Menschen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, die im Institut mit Hospiz- und Palliative Care-Angeboten versorgt werden, zu verbessern und zu erweitern.

Integration der Rehabilitation in die Palliativversorgung in Tschechien

Das Angebot an spezialisierter Palliative Care in Tschechien wächst immer schneller, während europäische Vergleichsdaten ein durchschnittliches Niveau der Integration in das allgemeine Gesundheitssystem zeigen.

Die Bereitstellung von therapeutischen Angeboten wie Physiotherapie, die Rehabilitation in Palliative Care anbieten, hinken jedoch hinterher.

Derzeit gibt es nur wenige Physiotherapeut:innen, die als Mitglieder des Kernteams im Krankenhaus sowie den Hospiz- und Palliative Care-Angeboten arbeiten. Menschen, die im Krankenhaus palliativmedizinisch versorgt werden, können von Physiotherapeut:innen mit anderen fachlichen Schwerpunkten betreut werden.

Es ist wahrscheinlicher, dass Patient:innen Zugang zur Physiotherapie erhalten, wenn die Ärzt:innen in ihrem Palliative Care Team eine:n Physiotherapeut:in persönlich kennen.

Der Berufsstand der Physiotherapeut:innen ist sich darüber im Klaren, dass ihre Maßnahmen eine wertvolle Unterstützung für schwerkranke Menschen darstellen können und sich Palliative Care Teams und Patient:innen Rehabilitation wünschen.

Es gibt jedoch keine nationalen Zuweisungskriterien, Leitlinien oder weitere Informationsquellen, die aufzeigen, welche Personen von einer physiotherapeutischen Behandlung profitieren können. Dies schränkt das Angebot ein. Darüber hinaus besteht Unsicherheit über den potenziellen Nutzen und Schaden von Physiotherapie.

Ärzt:innen unterschätzen eventuell den möglichen Nutzen, wie z. B. die vermehrte Selbstständigkeit in Bezug auf Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens, und befürchten, dass Physiotherapie Patient:innen schaden kann, z. B. durch zu intensive Übungen.

Der Mangel an detaillierten Leitlinien, Schulungs- und Informationsmaterialien in tschechischer Sprache, trägt zu dieser Unsicherheit bei. Das Fehlen eines Lehrplans für die Erbringung von Rehabilitations- und Physiotherapieleistungen in der Palliative Care in den Aus- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe schränkt die Entwicklung des beruflichen Kompetenzrahmens ein.

Sowohl stationäre als auch extramurale und wohnortnahe Hospiz- und Palliative Care-Angebote müssen über eine bestimmte Personalausstattung, einschließlich einer Ärzt:in im Team, verfügen, um vom allgemeinen Versicherungssystem finanziert zu werden.

Der Schwerpunkt liegt auf der Betreuung am Lebensende. Die Einbeziehung der Physiotherapie in das multiprofessionelle Team ist derzeit keine Voraussetzung für die Finanzierung.

Diese Situation wird durch einen landesweiten Mangel an Physiotherapeut:innen im Gesundheitssystem noch verschärft. Mobile Kinderpalliativteams stellen eher Physiotherapeut:innen ein. Deren Leistungen werden allerdings durch einen Mangel an Anleitung und systematischer Bereitstellung von Informationen beschränkt.

Ergotherapeutische Angebote sind besser entwickelt.

Auf nationaler Ebene finden Gespräche zwischen Anbieter:innen von Palliative Care, Physiotherapeut:innen mit Interesse an Palliative Care und politischen Entscheidungsträger:innen statt, um die Integration von Physiotherapie in die Hospiz- und Palliative Care-Angebote voranzutreiben. Bisher wurden allerdings noch keine Leitlinien entwickelt.

Um berufliche Aus- und Weiterbildungsprogramme für Studierende und Berufsanfänger:innen zu unterstützen, werden dringend Empfehlungen und klinische Leitlinien benötigt.

Hospiz- und Palliative Care-Zentrum mit stationärer, ambulanter und häuslicher spezialisierter rehabilitativer Versorgung, St. Christopher's Hospice, London, Vereinigtes Königreich

Hinsichtlich der medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe hat das St. Christopher's Hospice von Anfang an Physio- und Ergotherapie in der Rehabilitation angeboten. Logopädie und Diätologie kamen später hinzu, zunächst im Rahmen von Dienstleistungsvereinbarungen mit örtlichen Gesundheitsdienstleistern, ab 2019 durch direkt vom Hospiz angestellte Therapeut:innen.

Um 2008 wurden ein moderner Trainingsraum im Erdgeschoss gebaut und Kurse eingeführt, wobei der Schwerpunkt auf Gruppentrainingskursen und anderen nichtpharmakologischen Maßnahmen für Menschen am Lebensende lag, einschließlich einer Gruppe für Fatigue und Atemnot, die später zu einem ganzheitlichen Behandlungsangebot für den Umgang mit Atemnot weiterentwickelt wurde (21).

Die Anerkennung der medizinisch-therapeutischen Berufe als „Rehabilitationsteam“ erfolgte im Jahr 2013, gemeinsam mit dem Bestreben, Rehabilitation sichtbar zu machen, sie zu fördern und in den Mittelpunkt der vom multiprofessionellen Team des St. Christopher's Hospice angebotenen Dienstleistungen zu stellen.

2016 wurde innerhalb des Rehabilitationsteams ein „Living-well-at-home“-Team eingerichtet. Dieser Dienst setzt ehrenamtliche Personen ein, um Menschen eine palliative Rehabilitation in ihren eigenen vier Wänden zu ermöglichen, die zuvor keinen Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen im St. Christopher's Hospice hatten.

2018 wurde dieser Rehabilitationsdienst in „Rehabilitation and Wellbeing Team“ umbenannt. Es löste die Tagespflege, -betreuung und -hospizdienste ab und wurde zu einem innovativen Modell zielgerichteter ambulanter Therapie. Diese Umstellung hat zu einem verstärkten Einsatz zeitlich begrenzter Interventionen geführt und verweist die Menschen, sofern verfügbar, an extramurale und wohnortnahe Angebote.

Nach ihrer Entlassung können sich Patient:innen selbst wieder an die Dienste wenden, wenn sie neue Bedürfnisse haben, die den Aufnahmekriterien des St. Christopher's Hospice entsprechen. Dieses Arbeitsmodell profitiert von zusätzlichen Hilfestellungen durch ein wohnortnahes Unterstützungsteam und das compassionate neighbour movement (Anm. der Übersetzer:innen: Eigenname des Projektes. Deutsche Übersetzung: „mitfühlende Nachbar:innen“). Vor kurzem wurden dem Rehabilitation and Wellbeing Team die psychosozialen Dienste unterstellt, einschließlich Sozialarbeit, kognitiver Verhaltenstherapie, Kunst- und Musiktherapie, Psychotherapie sowie Personen, die eine Vermittlungsfunktion für die weiterführende soziale Versorgung einnehmen.

Literatur

1. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>, accessed 30 June 2022).
2. Palliative care fact sheet. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, accessed 27 June 2022).
3. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–454.
4. Michalovic E, Sweet SN, Jensen D. Research and healthcare priorities of individuals living with COPD. *COPD*. 2021;18(2):133–46. doi:10.1080/15412555.2021.1901271.
5. Salander P, Lilliehorn S. To carry on as before: a meta-synthesis of qualitative studies in lung cancer. *Lung Cancer*. 2016;99:88–93.
6. Duck A, Spencer LG, Bailey S, Leonard C, Ormes J, Caress AL. Perceptions, experiences and needs of patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *J Adv Nurs*. 2015;71(5):1055–65. doi:10.1111/jan.12587.
7. Kimani KN, Murray SA, Grant L. Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC Palliative Care*. 2018;17(1):28.
8. Montagnini M, Javier NM, Mitchinson A. The role of rehabilitation in patients receiving hospice and palliative care. *Rehabil Oncol*. 2020;38(1):9–21. doi:10.1097/01.reo.0000000000000196.
9. Cheville AL, Morrow M, Smith SR, Basford JR. Integrating function-directed treatments into palliative care. *PM R*. 2017;9(9s2):S335–46.
10. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>, accessed 4 December 2022). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Rehabilitation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>, accessed 27 June 2022).
12. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil*. 2020;34(5):571–83. doi:10.1177/0269215520905112.
13. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disabilityand-health>, accessed 4 December 2022).
14. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin JL. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med*. 2018;50(4):309–16. doi:10.2340/16501977-2200.
15. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S et al. Redefining palliative care – a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):754–64. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
16. Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD. Cancer rehabilitation and palliative care – exploring the synergies. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(6):1239–52. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030.
17. Morgan DD, Marston C, Garner J, Currow DC. Subacute rehabilitation does have benefits for patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(1):e1–e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.10.012.
18. Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:CD007130. doi:10.1002/14651858. CD007130. pub4. 14 Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services
19. Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, McDonald CF, Hill CJ, Zanaboni P et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1:CD013040. doi:10.1002/14651858. CD013040. pub2.
20. Nottelmann L, Groenvold M, Vejlgaard TB, Petersen MA, Jensen LH. Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: the Pal-Rehab randomized controlled trial. *Palliat Med*. 2021;35(7):1344–55. doi:10.1177/02692163211015574.
21. Chasen MR, Feldstain A, Gravelle D, Macdonald N, Pereira J. An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion. *Curr Oncol*. 2013;20(6):301–9.
22. Dittus KL, Gramling RE, Ades PA. Exercise interventions for individuals with advanced cancer: A systematic review. *Prev Med*. 2017;104:124–32.
23. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2017;25(9):2899–908.
24. Chapman EJ, Martino ED, Edwards Z, Black K, Maddocks M, Bennett MI. Practice review: evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2022;36(1):7–14. doi:10.1177/02692163211046754.

25. Brighton LJ, Miller S, Farquhar M, Booth S, Yi D, Gao W et al. Holistic services for people with advanced disease and chronic breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2019;74(3):270–81. doi:10.1136/thoraxjnl-2018-211589.
26. Chan CW, Richardson A, Richardson J. Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(2):347–57. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.04.024.
27. Chapman EJ, Edwards Z, Boland JW, Maddocks M, Fette L, Malia C et al. Practice review: evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Pall Med*. 2020;34(4):444–53. doi:10.1177/0269216319896955.
28. Hall AJ, Febrey S, Goodwin VA. Physical interventions for people with more advanced dementia – a scoping review. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):675. doi:10.1186/s12877-021-02577-0.
29. Spathis A, Booth S, Moffat C, Hurst R, Ryan R, Chin C et al. The Breathing, Thinking, Functioning clinical model: a proposal to facilitate evidence-based breathlessness management in chronic respiratory disease. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017;27(1):1–6. doi:10.1038/s41533-017-0024-z.
30. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12:CD005305. doi:10.1002/14651858.CD005305.pub4.
31. Taylor RS, Long L, Mordi IR, Madsen MT, Davies EJ, Dalal H et al. Exercise-based rehabilitation for heart failure: Cochrane systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *JACC Heart Fail*. 2019;7(8):691–705. doi:10.1016/j.jchf.2019.04.023.
32. Nixon AC, Bampouras TM, Gooch HJ, Young HML, Finlayson KW, Pendleton N et al. Home-based exercise for people living with frailty and chronic kidney disease: a mixed-methods pilot randomised controlled trial. *PLoS One*. 2021;16(7):e0251652. doi:10.1371/journal.pone.0251652.
33. Gulde I, Oldervoll LM, Martin C. Palliative cancer patients' experience of physical activity. *J Palliat Care*. 2011;27(4):296–302.
34. Nottelmann L, Jensen LH, Vejlgard TB, Groenvold M. A new model of early, integrated palliative care: palliative rehabilitation for newly diagnosed patients with non-resectable cancer. *Support Care Cancer*. 2019;27(9):3291–300. Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services 15
35. Turner K, Tookman A, Bristowe K, Maddocks M. 'I am actually doing something to keep well. That feels really good': experiences of exercise within hospice care. *Prog Palliat Care*. 2016;24(4):204–12. doi:10.1080/09699260.2015.1123441.
36. Paltiel H, Solvoll E, Loge JH, Kaasa S, Oldervoll L. "The healthy me appears": palliative cancer patients' experiences of participation in a physical group exercise program. *Palliat Support Care*. 2009;7(4):45967. doi:10.1017/S1478951509990460.
37. Rutkowski NA, Lebel S, Richardson K, Mutsaers B, Chasen M, Feldstain A. A little help from my friends: social support in palliative rehabilitation. *Curr Oncol*. 2018;25(6):358–65. doi:10.3747/co.25.4050.
38. Bradshaw A, Walker L, Borgstrom E, Burke SM. Group-based Tai Chi as therapy for alleviating experiences of social death in people with advanced, incurable disease: an ethnographic study. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2022(14):1–17. doi:10.1080/2159676X.2021.1879918.
39. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(7):CD009727. doi:10.1002/14651858.CD009727.pub2.
40. Brighton LJ, Tunnard I, Farquhar M, Booth S, Miller S, Yi D et al. Recommendations for services for people living with chronic breathlessness in advanced disease: results of a transparent expert consultation. *Chron Respir Dis*. 2019;16:1479973118816448.
41. Cheville AL, Moynihan T, Herrin J, Loprinzi C, Kroenke K. Effect of collaborative telerehabilitation on functional impairment and pain among patients with advanced-stage cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol*. 2019;5(5):644–52. doi:10.1001/jamaoncol.2019.0011.
42. Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112671>, accessed 17 January 2023).
43. Universal health coverage. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1, accessed 4 December 2022).
44. Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self management programmes for quality of life in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD010442.
45. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler A-D, Rees K, Martin N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):1–12. doi:10.1016/j.jacc.2015.10.044.
46. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(5):356–76.
47. Timm H, Thuesen J, Clark D. Rehabilitation and palliative care: histories, dialectics and challenges. *Wellcome Open Res*. 2021;6(171):171.
48. Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: a European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliat Med*. 2018;32(5):960–8.
49. Chasen M, Bhargava R, MacDonald N. Rehabilitation for patients with advanced cancer. *CMAJ*. 2014;186(14):1071–5. doi:10.1503/cmaj.131402.
50. Thuesen J, Mikkelsen TB, Timm HU. Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom [Coordination of rehabilitation and palliation for people with life-threatening illness]. Nyborg: REHPA, The Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care; 2016.
51. Hui D, Cherny NI, Wu J, Liu D, Latino NJ, Strasser F. Indicators of integration at ESMO Designated Centres of Integrated Oncology and Palliative Care. *ESMO Open*. 2018;3(5):e000372.
52. Silver JK. Integrating rehabilitation into the cancer care continuum. *PM R*. 2017;9(9 Suppl 2):S291–6. 16 Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services
53. MacRae MC, Fazal O, O'Donovan J. Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Global Health*. 2020; 5(5):e002368.
54. Wang GH, Nesbit C, Rankin S. Voices of home-based palliative care community health workers in rural Malawi: a mixed methods study on factors affecting role and sustainability. *Progress in Palliative Care*. 2020;28(6):346–53.
55. Munday D, Kanth V, Khristi S, Grant L. Integrated management of non-communicable diseases in low-income settings: palliative care, primary care and community health synergies. *BMJ Supportive and Palliative Care*. 2019;9(4):e32-e.
56. Jesus TS, Hoenig H. Crossing the global quality chasm in health care: where does rehabilitation stand? *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(11):2215–7. doi:10.1016/j.apmr.2019.07.001.
57. Bayly J, Bone AE, Ellis-Smith C, et al. Common elements of service delivery models that optimise quality of life and health service use among older people with advanced progressive conditions: a tertiary systematic review. *BMJ Open* 2021; 11(12): e048417.
58. Maddocks M, Lovell N, Booth S, Man WD, Higginson IJ. Palliative care and management of troublesome symptoms for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017;390(10098):988–1002. doi:10.1016/S0140-6736(17)32127-X.
59. Dalal HM, Doherty P, McDonagh ST, Paul K, Taylor RS. Virtual and in-person cardiac rehabilitation. *BMJ*. 2021;373:n1270 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1270>, accessed 30 June 2022).
60. Buckingham SA, Taylor RS, Jolly K, Zawada K, Dean SG, Cowie A et al. Home-based versus centrebased cardiac rehabilitation: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Open Heart*. 2016;3(2):e000463. doi:10.1136/openhrt-2016-000463.
61. Bayly J, Bradshaw A, Fettes L, Omarjee M, Talbot-Rice H, Walshe C et al. Understanding the impact of the Covid-19 pandemic on delivery of rehabilitation in specialist palliative care services: an analysis of the CovPall-Rehab survey data. *medRxiv*. 2021 (<https://doi.org/10.1101/2021.04.13.21255380>, accessed 30 June 2022).
62. Bayly J, Fettes L, Douglas E, Teixeira MJ, Peat N, Tunnard I et al. Short-term integrated rehabilitation for people with newly diagnosed thoracic cancer: a multi-centre randomized controlled feasibility trial. *Clin Rehabil*. 2020;34(2):205–19 (<https://doi.org/10.1177/0269215519888794>, accessed 30 June 2022).
63. Bayly J, Edwards BM, Peat N, Warwick G, Hennig IM, Arora A et al. Developing an integrated rehabilitation model for thoracic cancer services: views of patients, informal carers and clinicians. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:160 (<https://doi.org/10.1186/s40814-018-0350-0>, accessed 30 June 2022).
64. Cowie A, Good K, McKay J, Holt J. Tackling multimorbidity: staff perceptions of the transition from singlecondition rehabilitation to a specialist-generalist model. *Int J Ther Rehabil*. 2021;28(8):1–10 (<https://doi.org/10.12968/ijtr.2020.0062>, accessed 30 June 2022).
65. Taylor RS, Singh S. Personalised rehabilitation for cardiac and pulmonary patients with multimorbidity: time for implementation? *Eur J Prev Cardiol*. 2020;2047487320926058. doi:10.1177/2047487320926058.
66. van Dam van Isselt EF, Spruit-van Eijk M, Chavannes NH, Achterberg WP, Groenewegen-Sipkema KH. Geriatric rehabilitation for patients with advanced COPD: programme characteristics and case studies. *Int J Palliat Nurs*. 2013;19(3):141–6. doi:10.12968/ijpn.2013.19.3.141.
67. Jones AV, Evans RA, Esliger DW, Sherar LB, Singh SJ. Protocol for a feasibility trial to inform the development of a breathlessness rehabilitation programme for chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure (the COHERE trial). *BMJ Open*. 2019;9(7):e029387.
68. Barker RE, Brighton LJ, Maddocks M, Nolan CM, Patel S, Walsh JA et al. Integrating home-based exercise training with a hospital at home service for patients hospitalised with acute exacerbations of COPD: developing the model using accelerated experience-based co-design. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:1035–49. Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services 17
69. Cheville AL, Rhudy L, Basford JR, Griffin JM, Flores AM. How receptive are patients with late stage cancer to rehabilitation services and what are the sources of their resistance? *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(2):203–10. doi:10.1016/j.apmr.2016.08.459.
70. Granger CL, Connolly B, Denehy L, Hart N, Antippa P, Lin K-Y et al. Understanding factors influencing physical activity and exercise in lung cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2017;25(3): 983–99. doi:10.1007/s00520-016-3484-8.

71. May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt K, MacDonald S et al. Rethinking the patient: using burden of treatment theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1): 1–11. doi:10.1186/1472-6963-14-281.
72. Farquhar MC, Prevost AT, McCrone P, Brafman-Price B, Bentley A, Higginson IJ et al. Is a specialist breathlessness service more effective and cost-effective for patients with advanced cancer and their carers than standard care? Findings of a mixed-method randomised controlled trial. *BMC Med.* 2014;12(1). doi:10.1186/s12916-014-0194-2.
73. Fettes L, Bayly J, de Bruin LM, Patel M, Ashford S, Higginson IJ et al. Relationships between prolonged physical and social isolation during the COVID-19 pandemic, reduced physical activity and disability in activities of daily living among people with advanced respiratory disease. *Chron Respir Dis.* 2021;18:14799731211035822. doi:10.1177/14799731211035822.
74. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2017;61:94–106. doi:10.1016/j.ctrv.2017.10.006.
75. Granger CL, Denehy L, Remedios L, Retica S, Phongpagdi P, Hart N et al. Barriers to translation of physical activity into the lung cancer model of care. a qualitative study of clinicians' perspectives. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(12):2215–22. doi:10.1513/AnnalsATS.201607-540OC.
76. Runacres F, Gregory H, Ugalde A. 'The horse has bolted I suspect': a qualitative study of clinicians' attitudes and perceptions regarding palliative rehabilitation. *Palliat Med.* 2017;31(7):642–50. doi:10.1177/0269216316670288.
77. Harding Z, Hall C, Lloyd A. Rehabilitation in palliative care: a qualitative study of team professionals. *BMJ Support Palliat Care.* 2019;2(e1):e28–e38. doi:10.1136/bmjspcare-2019-002008.
78. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>, accessed 30 June 2022). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
79. Phillips M, Turner-Stokes L, Wade D, Walton K. Rehabilitation in the wake of Covid-19 – a phoenix from the ashes. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 2020 (<https://www.bsrm.org.uk/downloads/covid-19bsrmissue1-published-27-4-2020.pdf>, accessed 30 June 2022).
80. Negrini F, Malfitano C, Bertoni M, Facchi E, Ferriero G, Galeri S et al. The impact of COVID-19 on rehabilitation and proposal for a new organization: a report from Lombardy, Italy. *J Int Soc Phys Rehabil Med.* 2021;4(1):1. doi:10.4103/JISPRM-000108.
81. Sleeman KE, De Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Health.* 2019;7(7):e883–92. doi:10.1016/S2214-109X(19)30172-X.
82. Rehabilitation 2030: a call for action. Concept note. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>, accessed 30 June 2022).
83. Bickenbach J. The world report on disability. *Disabil Soc.* 2011;26(5):655–8. doi:10.1080/09687599.2011.589198. 18 Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services
84. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 30 June 2022).
85. Global report on assistive technology. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354357>, accessed 30 June 2022). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
86. Abu-Odah H, Molassiotis A, Liu J. Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low-and middle-income countries: a systematic review of reviews. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):1–16 (<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>, accessed 30 June 2022).
87. Jesus T, Papadimitriou C, Bright F, Kayes N, Cott C. What person-centered rehabilitation means in concept and practice: the person-centered rehabilitation model for adult physical rehabilitation derived from a scoping review and thematic synthesis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(10):e116 (<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.465>, accessed 30 June 2022).
88. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(2):155–68. doi:10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
89. Heinemann AW, Feuerstein M, Frontera WR, Gard SA, Kaminsky LA, Negrini S et al. Rehabilitation is a global health priority. Los Angeles, CA: SAGE Publications Sage CA; 2020:89–90.
90. Bickenbach J, Sabariego C, Stucki G. Beneficiaries of rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(3):543–8. doi:10.1016/j.apmr.2020.09.392.
91. Basu A, Mittag-Leffler BN, Miller K. Palliative care in low-and medium-resource countries. *Cancer J.* 2013;19(5):410–3. doi:10.1097/01.PPO.0000434392.18811.3c.
92. Harding R, Namisango E, Radbruch L, Katabira ET. How to establish successful research partnerships in global health palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(2):e3–e4. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.10.355.
93. Bauman J, El-Jawahri A. One size does not fit all: the need for population-specific palliative care interventions. *J Natl Cancer Inst.* 2021;113(11):1449–50. doi:10.1093/jnci/djab021.



Österreichische
PalliativGesellschaft

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin I
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Tel. +43 1 40400 27520
E-Mail: office@palliativ.at
www.palliativ.at