

Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Betreuung terminal kranker Tumorpatienten am Beispiel SUPPORT – ethisch zu präferierende Alternative zur Forderung nach aktiver Sterbehilfe*

Zusammenfassung. Einführung: In allen Industrienationen steigt die Zahl der Krebserkrankungen. Fortschritte in der Tumorthherapie verlängern zwar die Überlebenszeit der Patienten, jedoch ist die Mehrzahl neoplastischer Erkrankungen nach wie vor nicht heilbar. Gerade in fortgeschrittenen Tumorstadien treten quälende Symptome auf. Mehr denn je ist eine angemessene Behandlung dieser Symptome obligat, wenn für die Betroffenen insbesondere in der Terminalphase eine bestmögliche Lebensqualität gewährleistet werden soll. Leider wird dieser berechnete Anspruch bisher nur vereinzelt eingelöst. Diese Defizite in der Symptomkontrolle führen dazu, dass – angeblich im Sinne der Patientenautonomie – der Ruf nach Freigabe der aktiven Sterbehilfe laut wird. Die Diskussion um die Sterbehilfe hat mit dem im Frühjahr 2001 in den Niederlanden verabschiedeten sog. „Euthanasie-Gesetz“ auch in Deutschland neuen Auftrieb erhalten. **Methodik:** Palliativmedizin und Hospizbewegung verstehen sich als ethisch zu präferierende Alternative zu dieser fragwürdigen Entwicklung. Mit dem Projekt SUPPORT wurde eine Möglichkeit aufgezeigt, wie die Versorgung von Patienten mit fortgeschrittener, inkurabler Tumorerkrankung so weit verbessert werden kann, dass Forderungen nach aktiver Sterbehilfe gegenstandslos werden. Ein multiprofessionelles, „rund um die Uhr“ erreichbares Team unterstützt und koordiniert pflegende Angehörige, Hausärzte und ambulante Pflegedienste und ermöglicht so allen Beteiligten, durch „learning by doing“ die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten zur Durchführung einer suffizienten Symptomkontrolle zu erlangen. **Ergebnisse:** Die während der 4-jährigen praktischen Arbeit als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit erzielten Resultate zeigen, dass den meisten der betreuten terminal kranken Tumorpatienten unnötiges Leiden erspart blieb. Deutlich mehr als 50% der Projektpatienten konnten bis zu ihrem Tod suffizient im häuslichen Umfeld betreut werden, verglichen mit normalerweise etwa 20%. **Schlussfolgerung:** Somit wird nicht nur vermehrt der Patientenautonomie entsprochen, sondern es können zudem medizinisch nicht-indizierte Krankenhausaufenthalte vermieden werden, was eine signifikante gesundheitsökonomische Entlastung bedeutet, eigentlich überzeugende Argumente für eine Überführung der Projektmaßnahmen in die Regelversorgung. Dies ist jedoch bislang an widersprüchlichen Formulierungen der Sozialgesetzgebung gescheitert sowie auch an der fehlenden Bereitschaft vieler Kostenträger zur Finanzierung entsprechender Strukturinnovationen.

Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2001;36:530–537
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York
ISSN 0939–2661

F. B. M. Ensink, M. T. Bautz, G. G. Hanekop

Arbeitsgruppe SUPPORT der Ärztekammer Niedersachsen und des Zentrums Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin (Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h. c. D. Kettler)

Schlüsselwörter: Tumorschmerztherapie – Palliativmedizin – Palliative-Care-Team – Stationär-ambulante Verzahnung – Patientenautonomie – Euthanasie

Improvement of Palliative Outpatient Treatment of Terminally Ill Cancer Patients – SUPPORT as Example – The Ethically Preferable Alternative to Euthanasia. Introduction: Industrial countries are experiencing substantial increases in cancer prevalence. While advanced cancer therapies resulted in prolonged survival most neoplasms still are incurable. Especially advanced stages of cancer are often accompanied by severe pain and other disabling symptoms. Sufficient pain and symptom control is needed to maintain a decent quality of life for cancer patients. However, expert palliative care for patients suffering from cancer pain is still insufficient. These deficits have encouraged pro-euthanasia pressure groups demanding legitimization of physician-assisted-suicide in Germany. Acting under the guise of promoting patient's autonomy these groups are gaining additional momentum from similar legislation recently passed in the Netherlands. **Methods:** Hospice movement and specialists in palliative medicine reject euthanasia as unethical and instead push for the global development of palliative care services. To address these issues the project SUPPORT was established in the Southern part of Lower-Saxony in 1996 with approval by the local ethics committee and sponsored by the German Ministry of Health. A palliative-care-team (PCT) of nurses and physicians with expert knowledge in palliative medicine supports patients after discharge from hospital by providing state-of-the-art palliative care at home. The PCT is available as a 24/7 standby service and can be called on demand by general practitioners, members of outpatient nursing services as well as by patients and their relatives. By cooperating with the PCT these professional and lay caregivers improve their knowledge and skills regarding pain and symptom control for terminally ill patients. **Results:** During almost 4 years of practical work more than 50% of the patients enrolled in the project

* Anlässlich des 65. Geburtstages der Professoren Dietrich Kettler und Hans Sonntag. Die Autoren dieses Beitrages, die 1995 den Förderantrag für das Projekt SUPPORT erarbeitet haben und die praktische Umsetzung gemeinsam leiten, möchten den beiden Genannten als ihren Vorgesetzten dafür danken, dass sie dem Modellvorhaben gegenüber stets aufgeschlossen waren und dem Projektteam die notwendige Gestaltungsfreiheit eingeräumt haben, mit der SUPPORT zum eingetretenen Erfolg geführt werden konnte. Außerdem anerkennen und würdigen wir ausdrücklich ihr persönliches praktisches Engagement in der Palliativmedizin.

died at home compared to about 20% under regular conditions. These data point out quite impressively that due to the PCT-interventions recurrent hospitalisations in a majority of cancer pain patients can be avoided when expert knowledge and help is available at home for patients, their relatives and caregivers whenever needed. **Conclusion:** When sufficiently supported at home by palliative experts the number of patients dying at home is reasonably higher than the rate observed under regular conditions. This would also comply with the wishes of most patients who prefer to die in the privacy of their own home. The project data suggest that the concept of SUPPORT should be capable to improve the current state of palliative medicine in other areas of Germany as well.

Key words: Cancer pain therapy – Palliative medicine – End-of-life-care – Palliative-care-team – Patient's autonomy – Euthanasia

Einleitung

Am 10. April 2001 hat die Erste Kammer des niederländischen Parlaments, die Länderkammer in Den Haag bzw. der sog. Senat, das „Gesetz zur Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und Hilfe bei Selbsttötung“ gebilligt. Auch nach Inkrafttreten dieser in der öffentlichen Diskussion verkürzt auch als „Euthanasiegesetz“ bezeichneten Bestimmungen bleiben aktive-Sterbehilfe¹ und Beihilfe zum Freitod prinzipiell strafbar; beide Tatbestände sollten aber unter bestimmten Bedingungen „entkriminalisiert“ werden. Dazu wurde in das holländische Strafgesetzbuch ein besonderer „Strafaußschließungsgrund“ aufgenommen; demzufolge sollen bei Beachtung entsprechender Sorgfaltsanforderungen aktive Sterbehilfe auf ausdrücklichen Wunsch sowie auch die ärztliche Suizidbetreuung nicht mehr strafbar sein².

So besehen hat sich durch die Gesetzesnovelle kein substanziiell neuer Sachverhalt ergeben. Auch schon gemäß der in den Niederlanden zuvor gültigen, 1993 erlassenen und seit 1994 praktizierten Sterbehilferegelung führte eine Lebensbeendigung auf Verlangen – obwohl prinzipiell strafbar – dann nicht zur Strafverfolgung, wenn der Arzt bestimmten Sorgfaltsanforderungen entsprochen hatte. Bisher musste der betreffende Arzt selbst seine entsprechende Handlung melden, woraufhin ein regionaler Prüfungsausschuss die Handlung des Arztes überprüfte. Das Urteil des Ausschusses wurde dann der Staatsanwaltschaft zugeleitet, die letztverantwortlich zu entscheiden hatte, ob nach Würdigung des Sachverhalts durch den Prüfungsausschuss eine Strafverfolgung einzuleiten war.

¹ Die Autoren verwenden den Begriff der „aktiven Sterbehilfe“, da er inzwischen auch in der deutschen Rechtsprechung etabliert ist, vgl. Roxin und Schroth [1], wenngleich es sich bei dieser Bezeichnung um einen fragwürdigen Euphemismus für den Tatbestand „Tötung auf Verlangen“ handelt.

² Die deutschsprachigen Formulierungen des entsprechenden Gesetzes sind auf den Internetseiten des Niederländischen Justizministeriums unter der URL http://www.minjust.nl:8080/c_actual/persber/pb0670.htm nachzulesen.

In Abkehr von diesem Procedere wurden bei der Gesetzesnovelle nunmehr zwei neue Bedingungen in das holländische Strafgesetzbuch aufgenommen, bei deren Einhaltung dem Arzt jetzt Straffreiheit zugesichert wird:

- er muss den im bereits erwähnten „Gesetz zur Überprüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen des Patienten und Hilfe bei Selbsttötung“ definierten Sorgfaltsanforderungen Genüge getan haben, und
- er muss sein Handeln dem „Leichenschauer“ der Gemeinde gemäß den Bestimmungen des Gesetzes über die Leichenbestattung melden.

Alle übrigen Fälle von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung, die den beiden vorstehenden Bedingungen nicht entsprechen, bleiben auch weiterhin strafbar. Dies bedeutet, dass auch das neue Gesetz keine prinzipielle Legalisierung der Euthanasie und der Beihilfe zum Freitod intendiert. Vielmehr sollten durch die Gesetzesnovelle vor allem die Sorgfaltsanforderungen, denen das Handeln des Arztes zu genügen hat, präziser als in der Vergangenheit formuliert werden.

Nach den Ausführungen des neuen Gesetzes beinhalten die Sorgfaltskriterien (i.S. von § 293, Abs. 2 des holländischen Strafgesetzbuches) u. a., dass der Arzt:

- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab, und
- mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den vorstehenden Punkten bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat.

Instrumentalisierung der Patientenautonomie

Die im vorausgehenden Absatz als Sorgfaltskriterien aufgelisteten Punkte erscheinen – zumindest bei oberflächlicher Betrachtung – auch im Hinblick auf die zurecht einzufordernde vermehrte Beachtung der Patientenautonomie durchaus sinnvoll. Zurecht ist der Begriff des „Autonomen Patientenwillens“ mit einem positiven Stigma von Liberalität besetzt. Unter diesem Blickwinkel ist man vielleicht geneigt, dem Anliegen des holländischen Gesetzes Verständnis und – je nach persönlicher Überzeugung – eventuell sogar gewisse Sympathien entgegenzubringen. Jedoch wird auch jenseits der z.T. sehr dogmatisch vertretenen Positionen von Gegnern des niederländischen Euthanasiegesetzes die inhärente Problematik dieser Sterbehilferegelung spätestens dann offenkundig, wenn man die zunächst so plausibel klingenden Kriterien wie „wohlüberlegtes Verlangen“ oder „unerträgliches Leiden“ des Patienten näher untersucht. Vergeblich sucht man in dem holländischen Gesetzestext nach klaren Operationalisierungen für viele der dort benutzten Begriffe. Wie soll sich denn der Arzt vergewissern, dass der ihm gegenüber bekundete Wille ein freiwilliges und wohlüberlegtes Verlangen des Patienten darstellt? Was ist das Maß, an dem der Arzt überprüft, ob der Patient ein aussichtsloses und unerträgliches Leiden hat? Unter welchen Voraussetzungen kann der Arzt

feststellen, dass es für den Patienten keine angemessene andere Lösung gibt?

Auf dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen wurde im Mai 2001 eine Entschließung angenommen, in der diesbezüglich eindeutig Position bezogen wird: „Tötung auf Verlangen ist keine ärztliche Handlung, sie läuft dem ärztlichen Handlungsauftrag (...) entgegen. (...) Die ärztliche Aufgabe in der Betreuung und Hilfe des todkranken Patienten liegt in der Sterbebegleitung (...)“. In einer weiteren Entschließung unter dem Titel „Aktive Sterbebegleitung statt Tötung auf Verlangen“ wurde dieser Aspekt vom Deutschen Ärztetag noch einmal unterstrichen. In einer dritten Entschließung forderten die Delegierten des Deutschen Ärztetages eine in der Bundesrepublik gesellschaftspolitisch längst überfällige Stärkung von Palliativmedizin und Hospizarbeit.

Ohne jeden Zweifel leiden nämlich auch heutzutage noch viele terminal kranke Patienten z. T. unter unerträglichen Schmerzen [2] und/oder anderen schwerwiegenden Symptomen, die ihre Lebensqualität stark beeinträchtigen. Palliativmedizin³, eine relativ junge Spezialdisziplin innerhalb des medizinischen Fächerkanons, hat die Aufgabe, eine möglichst weitgehende Kontrolle aller dieser Symptome zu gewährleisten; dazu gehört auch die Unterstützung des von vielen Patienten geäußerten Wunsches, unter würdigen Bedingungen zu Hause sterben zu können. Die reale Versorgungssituation bleibt hinter diesem Anspruch jedoch weit zurück. Es erscheint von daher völlig zutreffend, wenn der Deutsche Ärztetag konstatiert: „Forderungen nach Tötung auf Verlangen finden vor allem dadurch Nahrung, dass es Defizite bei der Betreuung und Begleitung Sterbender gibt.“ Angesichts der bestehenden Defizite muss deswegen davon ausgegangen werden, dass der von einem Patienten geäußerte Wunsch nach Beendigung seines Lebens oftmals nur reaktiver Ausdruck seiner persönlichen Erfahrungen mit einer mangelhaften Versorgungssituation ist und eben nicht als autonomer Patientenwille aufgefasst werden kann.

Palliativmedizinischer Entwicklungsbedarf

Angesichts der bestehenden Defizite bei der Betreuung und Begleitung Sterbender spricht sich der Deutsche Ärztetag dafür aus, die „Voraussetzungen für eine weitere Verbreitung und Anwendung der Erkenntnisse der Palliativmedizin zu verbessern. Dazu zählen ...

- Intensivierung palliativmedizinischer Forschung
- hoher Stellenwert (...) in der Ausbildung der Ärzte (... und ...) der Pflegeberufe
- Einrichtung einer angemessenen Zahl von Lehrstühlen für Palliativmedizin
- (weitere Verbesserungen im Bereich der) Schmerztherapie
- Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung muss gefördert und – wo bereits modellhaft erprobt – in die Regelversorgung übernommen werden.“

³ Die Satzung der 1994 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erläutert diesen Begriff folgendermaßen: „Palliativmedizin ist die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Die Palliativmedizin bejaht das Leben und sieht Sterben als einen natürlichen Prozeß. Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab.“

SUPPORT ist ein solches modellhaftes Projekt, das in einer definierten Region (Abb. 1) über einen Zeitraum von inzwischen mehr als vier Jahren eine Vielzahl sterbender Tumorkranken betreut hat. Nachfolgend sollen die konzeptionellen Hintergründe dieser erfolgreichen Modellmaßnahme, die umgesetzten Interventionsstrategien sowie die gesundheitspolitische und -ökonomische Dimension des Projektes kurz dargestellt werden.

Hintergründe von SUPPORT

Um die Problematik der mangelhaften palliativmedizinischen Versorgung zu dokumentieren und bei der Implementierung gezielter Interventionen zunächst in einer begrenzten Region spezifische Erfahrungen zu sammeln, hat die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) in enger Kooperation mit dem Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin (Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. D. Kettler) der Georg-August-Universität Göttingen bereits 1995 das Modellprojekt SUPPORT initiiert [3]. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit wird dieser modellhafte Interventionsansatz seit Dezember 1996 nach positivem Votum der zuständigen Ethikkommissionen in Südniedersachsen (Abb. 1) realisiert.

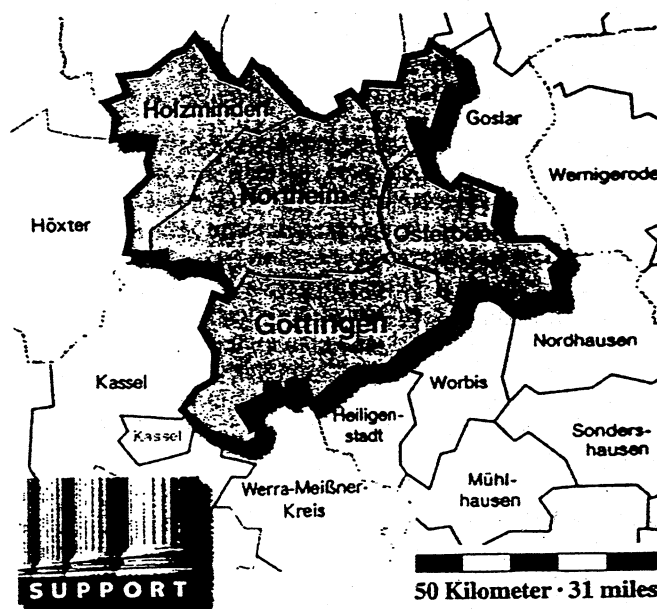


Abb. 1 Gebietsgrenzen des Bezirksstellenbereichs Göttingen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, welche die Projektregion des Modellvorhabens definieren. Diese Region umfasst eine Fläche von ca. 4000 km², auf der mehr als 600 000 Einwohner leben.

Zur Analyse der ursprünglichen Versorgungsqualität bei der Betreuung terminal kranker Tumorkranken sowie zur Darstellung der vorhandenen organisatorischen Strukturen und Behandlungsabläufe in der Modellregion wurde Mitte 1997, vor Beginn der eigentlichen Interventionsmaßnahmen (s. w. u.), an einer repräsentativen Stichprobe von 1200 Klinik- und niedergelassenen Ärzten in der Interventionsregion Göttingen (n=400) sowie in Oldenburg und Braunschweig (jeweils n=400) als Vergleichsregionen mit ähnlichen sozio-demographischen Kenngrößen ein umfangreicher Prä-Survey (Fragebogen mit rund 100 Items) durchgeführt. Da die Kompetenz

medizinischer Versorgungsträger eine wesentliche Determinante der Strukturqualität darstellt, sollte mit Hilfe dieses Surveys eine verlässliche Einschätzung der palliativmedizinischen Kompetenz der behandelnden Ärzte erhoben werden.

Im Zusammenhang mit dem Survey wird in Anlehnung an Weissman [4] die Kompetenz medizinischer Versorgungsträger verstanden als komplexes Konglomerat aus:

- Wissen („knowledge“),
- Einstellungen („attitudes“) und
- Fertigkeiten („skills“).

Da die Komponente „Fertigkeiten“ im Rahmen einer Fragebogenerhebung schwer adäquat zu erfassen ist, wurden lediglich die beiden anderen Faktoren („Wissen“ und „Einstellungen“) analysiert und gemeinsam als Indikator für die komplexe Variable Kompetenz gewertet. Dazu wurden allen Survey-Teilnehmern neben Fragen nach interdisziplinärer Kooperation, zum Handling spezifischer Therapieprobleme und zur Verwirklichung von ganzheitlichen Ansätzen (Struktur- und Prozessvariablen) auch Fragen zum Stand ihres schmerztherapeutischen Wissens und bezüglich ihrer Einstellung zur Tumorschmerztherapie im allgemeinen sowie zur Verordnung von Opioiden im speziellen gestellt. Trotz eines nicht unerheblichen Zeitaufwandes beim Ausfüllen des Fragebogens konnte in allen drei Regionen ein Rücklauf von jeweils rund 70% erzielt werden.

Aus diesem Survey sollen nachfolgend nur die Ergebnisse zu den beiden Schlüssel-Items „Kenntnis des WHO-Stufenplans“ und „Besitz eigener BtM-Rezepte“ dargestellt werden. Diese Fragen sind deswegen von besonderer Bedeutung, weil sie relevante Indikatoren für die Strukturqualität bei der palliativmedizinischen Versorgung sind. Bekanntheitsmaß ist der WHO-Stufenplan ein weltweit akzeptierter Algorithmus zur Durchführung einer adäquaten medikamentösen Tumorschmerztherapie. Das dort propagierte dreistufige Vorgehen beinhaltet auf der letzten Stufe den Einsatz stark wirksamer Opioiden. Diese können nach wie vor in Deutschland nur unter Verwendung spezieller BtM-Rezeptvordrucke verordnet werden.

Nach eigenem Bekunden kennt nur etwa ein Drittel (33,1%) der befragten Ärzte den WHO-Stufenplan und nur etwas mehr als ein Drittel (36,9%) der Antwortenden besitzt eigene BtM-Rezeptvordrucke. Diese Prozentangaben zeigen einen Querschnittswert über die Gesamtärzteschaft; differenziert man bei den Antworten zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern, ergibt sich auf Seiten der Erstgenannten ein tendenziell etwas günstigeres Bild.

Da diese Ergebnisse des Surveys an einem repräsentativen Querschnitt aller Mediziner in den jeweiligen Regionen gewonnen wurden, erlauben sie eine realistische Einschätzung der hier nur beispielhaft angesprochenen Aspekte der Strukturqualität. Es ist außerordentlich unbefriedigend, wenn aus Überschätzung der Suchtgefahr, der Inzidenz von Nebenwirkungen sowie aus unbegründeter Angst vor rechtlichen Folgen auch heute noch der Einsatz von Opioiden unnötig verzögert oder sogar ganz unterlassen wird [5 – 8], so dass noch immer viele Patienten sterben, ohne je eine ausreichende Schmerzlinderung erfahren zu haben.

Als weitere Gründe für die nach gültigen medizinischen Standards ungenügende palliativmedizinische Versorgung von Tumorpatienten seien hier noch folgende Punkte aufgeführt:

- administrative Schwierigkeiten durch die Auflagen der sog. Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtM-VV)
- Defizite in der ganzheitlichen Betreuung, insbesondere durch fehlende psychosoziale Unterstützung für die Patienten und deren Angehörige
- Fehlen jederzeit erreichbarer Versorgungsträger
- Mangel an konsequenten Qualitätsmanagementstrategien.

Negativ macht sich in diesem Zusammenhang insbesondere auch das Fehlen einer effizienten Verzahnung der etablierten ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bemerkbar. Zusammen bedingen die vorstehend aufgeführten Gründe, dass der Wunsch vieler Patienten, in adäquat symptomgelindertem Zustand letztlich zuhause sterben zu können, heute nur in sehr begrenztem Umfang eingelöst wird.

Tatsächlich wird der Anteil der Tumorpatienten, die zu Hause versterben möchten, stark von diversen Faktoren beeinflusst. In zahlreichen Untersuchungen wurden derartige intervenierende Variablen identifiziert, wie z.B. Sozialstruktur (z.B. Überwiegen von „Single“-Haushalten vs. intakte Großfamilien), kulturelle Einflüsse (z.B. Tabuisierung von Tod und Sterben in zahlreichen Ethnien), Alter, Geschlecht, Einkommen, Ausbildungsstand, Tumorart und nicht zuletzt auch Verfügbarkeit von Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen [9 – 17]. In einzelnen Studien wurde darauf hingewiesen, dass der Wunsch zu Hause zu sterben und die Bereitschaft der Angehörigen, diesen Wunsch aktiv zu unterstützen, stark vom Vorhandensein professioneller Hilfsangebote bestimmt wird. So konnten Lee u. Pang [18] zeigen, dass auch unter Angehörigen, die anfangs für die letzte Lebensphase ihres krebserkrankten Familienmitgliedes dessen Behandlung in einem Hospital präferiert hatten, tatsächlich etwas mehr als ein Drittel ein Sterben des Patienten zu Hause wünschten, vorausgesetzt, dass ihnen eine entsprechende Unterstützung auch in der häuslichen Umgebung zugesichert wurde.

Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen von Townsend et al. [19], die bei Tumorpatienten zeigen konnten, dass bei Vorgabe optimierter Betreuungsbedingungen etwa 70% ein Sterben in der häuslichen Umgebung für sich vorziehen würden, wohingegen lediglich 49% sich dieses unter den gegebenen Umständen vorstellen konnten. Dass eine Optimierung der Betreuung von terminal kranken Patienten durch spezialisierte Palliative-Care-Teams möglich ist, belegten Hearn u. Higginson [20] mit einem systematischen Literatursurvey. Die Autorinnen konnten nachweisen, dass bei derartigen Versorgungsangeboten die Zufriedenheit von Angehörigen und Patienten zunimmt während sich gleichzeitig die Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die effektiven Gesamtkosten der Betreuung reduzieren lassen.

In einer weiteren systematischen Übersicht haben Higginson u. Sen-Gupta [21] Publikationen ausgewertet, die sich mit dem Sterbeort von Patienten mit inkurablen chronischen Leiden befassten. Sie fanden unter mehreren hundert analysierten Arbeiten lediglich 19 Studien, die die von ihnen a priori definierten inhaltlichen und methodischen Gütekriterien erfüllten, wobei keine Studien aus dem deutschsprachigen Raum

in dieser Auswahl vertreten waren. Insgesamt identifizierten die Autoren nur eine einzige Arbeit, die einen hohen Grad an Evidenz aufwies.

Diese war als longitudinale Studie mit vorgegebenen Erhebungsinstrumenten an einer randomisierten, repräsentativen Stichprobe angelegt und wies eine Responserate von über 80% auf. In dieser Arbeit von Townsend et al. [19] fand sich eine Veränderung der Patientenpräferenz hinsichtlich des Sterbeortes im Krankheitsverlauf. Während zu Beginn der Erkrankung noch 58% der Betroffenen ein Sterben zu Hause wünschten, reduzierte sich dieser Anteil im Verlauf der Erkrankung auf 49%. Parallel dazu erhöhte sich der Anteil derer, die ein Sterben in der Klinik bzw. im Hospiz vorziehen würden von jeweils 20% auf 24%.

Wurde den Tumorkranken und deren Angehörigen ein Szenario mit verbesserten Möglichkeiten der Unterstützung vorgestellt, so erhöhte sich im Krankheitsverlauf der Anteil derjenigen, die zu Hause sterben wollten von 67% auf 70% und der Anteil derjenigen, die ein Sterben im Hospiz vorziehen würden, von 15% auf 18%. Der Patientenanteil, der ein Sterben im Akutkrankenhaus präferierte, reduzierte sich entsprechend von 16% auf 10%. Diese Ergebnisse unterstreichen eindrücklich die Bedeutung zuverlässiger palliativmedizinischer Betreuungs- und Unterstützungsangebote für den ambulanten Bereich.

Interventionsmaßnahmen von SUPPORT

Im Rahmen von SUPPORT sollte nun geprüft werden, ob durch Umsetzung gezielter Interventionsmaßnahmen eine Reduktion der bestehenden Defizite bei der palliativmedizinischen Versorgung terminal kranker Tumorkranken in der häuslichen Umgebung zu erreichen ist. Dazu wurden zwei wesentliche Interventionsstrategien verfolgt:

- die Umsetzung themenbezogener, fachgebiets- und strukturübergreifender Qualitätszirkelarbeit [22],
- die Etablierung eines sog. Palliative-Care-Teams (PCT) [3]. Nur auf diesen zweiten Aspekt soll im Folgenden weiter eingegangen werden.

Die Etablierung eines solchen PCT stellt das essenzielle strukturelle Novum und Kernstück der Idee von SUPPORT dar. Dieses ambulant tätige Team besteht aus pflegerischen und ärztlichen Spezialisten sowie Mitarbeitern zur psychosozialen Betreuung. Das PCT ist das ganze Jahr an sieben Tagen in der Woche 24 Stunden rund um die Uhr erreichbar⁴. Auf Grund dieser ständigen Erreichbarkeit und weil die Mitarbeiter des PCT bei Bedarf die Patienten auch jederzeit vor Ort aufsuchen, entwickelt sich in der Regel eine sehr enge Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten. Durch diese „Nähe“ kennt das PCT sehr genau die Nöte, Ängste und Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Familienangehörigen. Diese detaillierte Kenntnis der individuellen Situation erlaubt es dem PCT, jederzeit gezielt eingreifen zu können. Die Experten des PCT stehen in der

⁴ Die Autoren bedanken sich an dieser Stelle ausdrücklich bei allen übrigen früheren und derzeitigen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern für deren grosses Engagement für SUPPORT, insbesondere bei den PCT-Pflegekräften und -Ärzten für den hohen unbezahlten Arbeitseinsatz im Rahmen der durch das Projekt vorgehaltenen 24-Stunden-Rufbereitschaft.

Modellregion sowohl auf Anforderung durch terminal kranke Tumorkranken, deren Angehörige, als auch auf Anforderung durch die behandelnden Ärzte und betreuenden Pflegedienste beratend und koordinierend zur Verfügung.

Durch diese im jeweiligen Fall auf Anforderung eines entsprechenden Kooperationspartners in Gang gesetzte, direkt patientenbezogene Zusammenarbeit entsteht an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eine bislang eher ungewohnte Akzeptanz für die Belange des jeweiligen Gegenüber. Auf dem Boden dieses „gemeinsamen Miteinanders“ wächst dann das Vertrauen, das als *conditio sine qua non* zur Überwindung des sonst üblichen sektoralen Abgrenzungsdenkens anzusehen ist; dadurch wird zugleich eine Verbesserung der Prozessqualität in Gang gesetzt.

Ziel der Aktivitäten des PCT ist die Gewährleistung einer optimalen Versorgung der Patienten auch in ihrem häuslichen Umfeld⁵. Dazu werden die betroffenen Patienten durch das PCT – vorzugsweise zuhause – zusammen mit den Hausärzten und ambulanten Pflegediensten versorgt (vgl. Abb. 2). Dieses gemeinsame Vorgehen ermöglicht allen involvierten Partnern ein „learning by doing“. Dadurch stellt sich bei den an der

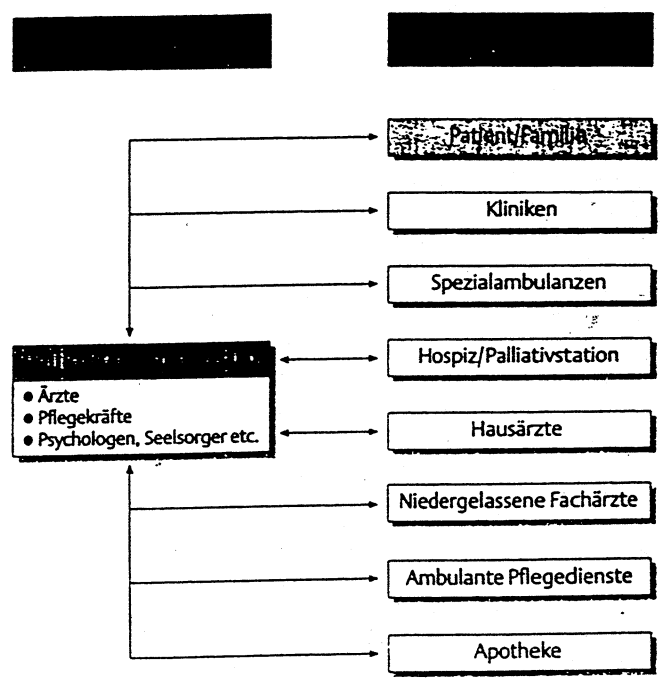


Abb. 2 Kooperationsstruktur der zur Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung in der Modellregion relevanten Projektpartner.

⁵ Diese durch das Projekt SUPPORT intendierte „Professionalisierung“ der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in einer aktuellen Stellungnahme zu „Definitionen und Qualitätskriterien ambulanter Palliativdienste“ hervorgehoben: „... im ambulanten Sektor halten wir darüber hinaus überwiegend professionell-palliative Angebotsstrukturen für geboten. Diese sind, im Idealfall, berufsgruppen- und sektorenübergreifend zu gestalten (Stichwort: Integrierte Versorgung)...“; eben diese Vorgaben werden von der SUPPORT-Konzeption eingelöst.

Anästhesie
Durch
Anf
tr

ambulanten Patientenversorgung praktisch Mitwirkenden eine erhöhte Kompetenz zur palliativmedizinischen Grundversorgung ein. Zugleich werden durch das Angebot von SUPPORT medizinisch unnötige, vergleichsweise teure und für den Patienten belastende Klinikseinweisungen vermeidbar.

Bisherige Ergebnisse von SUPPORT

Seit Beginn der Interventionsphase Anfang Juli 1997 hat das PCT bis Ende Juni 2001 rund 650 Patienten betreut (in ca. 200 Fällen nur konsiliarisch), davon 47% Frauen (Durchschnittsalter 62,8 Jahre) und 53% Männer (Durchschnittsalter 63,3 Jahre). Unter dieser Klientel gab es nur einige wenige AIDS-Patienten bzw. solche mit bestimmten neurologischen Erkrankungen (z.B. ALS). Die Mehrzahl aller von SUPPORT Betreuten waren terminal kranke Tumorpatienten mit entsprechender Schmerz- und Begleitproblematik.

Erste Zwischenauswertungen der von SUPPORT vollständig dokumentierten knapp 400 Fälle belegen, dass bei deutlich mehr als 50% der durch das PCT betreuten Patienten deren Wunsch entsprochen werden konnte, sie bis zu ihrem Tod durch ihre Angehörigen, sowie durch den jeweiligen Hausarzt und ambulanten Pflegedienst in Kooperation mit den Projektmitarbeitern zu Hause zu betreuen und dabei bis zum Ableben der Kranken einen symptomkontrollierten Zustand zu gewährleisten.

Zu dieser Zahl sind diejenigen Patienten hinzuzurechnen, die bereits vor ihrer Erkrankung in einem Alten- bzw. Pflegeheim gewohnt haben, folglich auch bei optimaler Betreuung im Krankheitsverlauf nicht zu Hause (wohl aber in vertrauter Umgebung) sterben können. Bei anderen Patienten entsteht während der Betreuung zu Hause die Notwendigkeit, aus medizinischen Gründen bzw. zur (teilweise nur vorübergehenden) Entlastung der pflegenden Angehörigen eine Aufnahme und stationäre Weiterbetreuung in einem Hospiz bzw. einer Palliativstation zu vermitteln. Lässt man die im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung in diesen spezialisierten Einrichtungen verstorbenen Patienten unberücksichtigt, verbleiben lediglich etwas mehr als 26% der vom PCT betreuten Patienten, die im bisherigen Verlauf des Projektes noch in Akutbehandlungs- bzw. Normalstationen von Krankenhäusern der Modellregion verstorben sind.

Diskussion der vorläufigen Ergebnisse

Zahlen aus verschiedenen europäischen Ländern belegen, dass üblicherweise zwischen 64-86% aller Tumorpatienten in Krankenhäusern versterben [23,24]. Zwar lässt sich Sterben auch im Krankenhaus durchaus würdevoll gestalten; dies ändert jedoch nichts daran, dass die vorstehenden Daten in krassem Widerspruch zu den Wünschen der Mehrheit der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen stehen. Hat ein Patient nämlich erst einmal realisiert, dass keine Aussicht auf Heilung mehr besteht, ist es die regelhafte Erfahrung im klinischen Alltag, dass die meisten terminal kranken Tumorpatienten nicht im Krankenhaus, sondern hinlänglich schmerzlindert und unter einer ausreichenden Symptomkontrolle möglichst zu Hause im Kreis der Familie versterben wollen. Nach Caroll haben über 70% der Tumorpatienten diesen Wunsch [25], nach Erfahrungen des PCT sogar über 80%.

Vor diesem Hintergrund demonstrieren die Ergebnisse der Zwischenauswertung von SUPPORT, dass durch die im Rahmen des Projektes umgesetzte Strukturmaßnahme (i.e. Etablierung eines PCT) der Patientenautonomie vermehrt entsprochen werden kann. Berücksichtigt man auf der anderen Seite, dass durch diese Entwicklung gleichzeitig viele medizinisch nicht indizierte Krankenhausaufenthalte vermieden wurden, zeigt sich auch die gesundheitsökonomische Relevanz des integrierten Versorgungsansatzes von SUPPORT [3].

Darüber hinaus genießt das Projekt eine hohe Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern; u.a. wurde SUPPORT in dem aktuellen Heft „Sterbebegleitung“ der vom Robert Koch-Institut herausgegebenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes als „Beispiel für professionelle, patientenzentrierte Palliativmedizin“ klassifiziert [26].

Für die Ergebnisse der praktischen Projektarbeit, die der nahezu durchgängig positiven Bewertung von SUPPORT zugrundeliegen, erweisen sich die folgenden Rahmenbedingungen aus Sicht der Autoren als unverzichtbare Voraussetzungen:

- freiwillige Mitwirkung aller Kooperationspartner,
- Vermeidung von Konkurrenzsituationen,
- Vermeidung von Ausgrenzung und Parteilichkeit,
- keine Berücksichtigung von Partikularinteressen,
- Einbindung ärztlicher Standesorganisationen, sowie
- Etablierung eines konsequenten Qualitätsmanagementkonzeptes.

Dazu gehört aber ebenso, Palliativmedizin nicht als die Leistung einer Disziplin, sondern als einen multiprofessionellen Versorgungsansatz zu begreifen, bei dem die verschiedenen Partner zum Nutzen des Patienten konsequent Hand in Hand arbeiten. Diese Aussage schließt auch die anerkennende Einbeziehung der Leistungen pflegender Angehöriger und der Hospizbewegung ein. Somit ist SUPPORT zwar ein notwendiges, keineswegs aber ein bereits hinreichendes Angebot, das als Einzelmaßnahme zur nachhaltigen Optimierung der gesamten palliativmedizinischen Patientenversorgung imstande wäre.

Resümee

Von der Politik, den Experten und auch von den Kostenträgern wird immer wieder eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen gefordert. Die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, wie in Deutschland praktiziert, gibt es in kaum einem anderen Land. Sie ist meist unwirtschaftlich, qualitativ oft nachteilig und inhaltlich nicht zu begründen.

Ein wirklich spürbarer volkswirtschaftlicher Effekt durch Verzahnung ist jedoch nur dann zu erreichen, wenn gesundheitsrelevante Leistungen prinzipiell dort erbracht werden, wo es für den Patienten am sinnvollsten ist, und nicht dort, wo eine unter dem Sozialrecht gewachsene, mittlerweile aber z.T. sicher unzeitgemäße Tradition es vorsieht. Diese scheinbar unüberwindbare Barriere ist durch das Modellprojekt SUPPORT in Bewegung geraten.

Wenn die im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Erfolgsvoraussetzungen konsequent berücksichtigt werden, sollte das von SUPPORT etablierte multiprofessionelle Versorgungskonzept problemlos auch auf andere Standorte übertragbar sein.

Durch die bessere Verzahnung, die der innovative SUPPORT-Ansatz in jeweils definierten Regionen bewirkt, wird palliativmedizinische Expertise zu jeder Zeit und an jedem Ort auch in der ambulanten Betreuung verfügbar. Diese sicher für jedermann als wünschenswert nachvollziehbare Gewährleistung einer optimierten palliativmedizinischen Patientenversorgung stellt zugleich aber auch einen unverzichtbaren Schritt dar, um Patientenautonomie wirklich gelingen zu lassen.

Solange in Deutschland jedoch – abgesehen von einigen wenigen Modellregionen – keine optimal tauglichen Versorgungsstrukturen zur Betreuung dieser Patientenklientel etabliert sind, erscheint die breite gesellschaftliche Diskussion über die Freigabe der aktiven Sterbehilfe bedenklich. Auch der Wunsch des Patienten kann in diesem Kontext nicht als allein ausschlaggebendes Kriterium für die z.T. sehr vehement vertretene Forderung nach Freigabe der aktiven Sterbehilfe angeführt werden, solange nicht auszuschließen ist, dass der Patientenwunsch nach aktiver Sterbehilfe möglicherweise nur reaktiver Ausdruck seiner Erfahrungen mit der mangelhaften Versorgungssituation ist. Folglich stellt die Vorhaltung optimal tauglicher palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen für terminal Kranke eine notwendige Minimalvoraussetzung für die Annahme einer autonomen Willensentscheidung des Patienten dar.

Dem SUPPORT-Ansatz kommt vor dem Hintergrund der beschriebenen weit verbreiteten Mängel bei der palliativmedizinischen Patientenversorgung somit eine erhebliche Bedeutung zu, da hierdurch für die Mehrzahl der betroffenen Tumorkranken ein Zugewinn an Lebensqualität ohne nennenswerte Mehrkosten für das Gesundheitssystem bewerkstelligt werden kann. Der zukunftsweisende Charakter des SUPPORT-Konzeptes wurde seit 1998 im Rahmen bundesweiter Innovationswettbewerbe mit inzwischen fünf nationalen Preisen⁶ ausgezeichnet, von denen zwei von Seiten der Verbände der Kostenträger ausgeschrieben worden waren.

So besehen sollte man meinen, dass der SUPPORT-Ansatz eigentlich auch alle in finanzierungstechnischer Hinsicht relevanten Entscheidungsträger überzeugen müsste. Aber leider erschweren die widerstreitenden Grundsatzformulierungen des Sozialgesetzbuches, die den unbefriedigenden Charakter eines Formelkompromisses in Gesetzestexten offenkundig werden lassen, die stringente Weiterverbreitung der Idee von SUPPORT. So steht z.B. in SGB V, § 70, Abs. 2: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“

Dieser Passus kann wohl als ein fast zwingendes Argument zugunsten der Forderung nach Weiterverbreitung des SUPPORT-Ansatzes aufgefasst werden, da Versorgungsstrukturen, die nachhaltig die Patientenautonomie beeinträchtigen, sicher nicht mit dem Gebot einer „humanen Krankenbehandlung“ in Einklang zu bringen sind. Gleichwohl steht dieser Forderung das an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuches in z.T.

etwas unterschiedlicher Ausgestaltung formulierte Wirtschaftlichkeitsgebot gegenüber (vgl. z.B. SGB V, § 12, Abs. 1 bzw. § 70, Abs. 1, Satz 2). Ob nun die von SUPPORT erbrachten Leistungsfacetten „das Maß des Notwendigen“ überschreiten oder nicht, hängt dabei nicht zuletzt vom Standpunkt des Betrachters ab.

Auch der Rückgriff auf SGB V, § 70, Abs. 1, Satz 1 (Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“) hilft hier (noch) nicht weiter. In Deutschland wird sich an der momentanen unbefriedigenden Situation vermutlich erst etwas ändern, wenn – wie vor einigen Jahren im Bereich der Schmerztherapie – durch ein rechtskräftiges Urteil ein Rechtsanspruch des Patienten auf adäquate palliativmedizinische Versorgung beschieden wird.

In den USA wurde ein solcher Rechtsanspruch bereits gerichtlich festgestellt. Es wäre wünschenswert, wenn in Deutschland bei der Festlegung dessen, was im palliativmedizinischen Kontext derzeit anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnis ist, nicht erst die Gerichte bemüht werden müssten.

Dass diese unbefriedigende Situation auch durch den Gesetzgeber positiv beeinflusst werden kann, wird am Beispiel Frankreichs deutlich: Dort hat – vermutlich in Folge der Tumorerkrankung seines ehemaligen Staatspräsidenten – das französische Parlament 1999 ein Gesetz erlassen, mit dem das Recht des Kranken auf palliativmedizinische Versorgung festgeschrieben wurde. Besagtes Gesetz verpflichtet alle Krankenhäuser des Landes, ihre Patienten auch palliativmedizinisch zu behandeln – unter ausdrücklichem Einschluss des Anspruchs der Patienten auf eine adäquate Schmerztherapie. Ebenso regelt das Gesetz die Bedingungen für die Mitarbeit ehrenamtlicher Helfer und – in diesem Zusammenhang ganz besonders wichtig: Angehörige, die erkrankte Familienmitglieder betreuen, haben seither ein gesetzlich verbrieftes Anrecht auf einen dreimonatigen unbezahlten Urlaub zur Wahrnehmung dieser Aufgabe. Auch in Deutschland scheinen den Autoren – nicht zuletzt im Hinblick auf die zunehmend vehementer vorgetragene Forderung nach Freigabe der aktiven Sterbehilfe – vermehrte Anstrengungen zur Verbreitung des „Palliative-Care-Gedankens“ geboten. Was in diesem Versorgungsbereich heute an konstruktiven Lösungen möglich ist, wird – zumindest beispielhaft – an dem Konzept von SUPPORT und den mit seiner Umsetzung erzielten Resultaten deutlich.

Literatur

- 1 Roxin C, Schroth U (Hrsg). Medizinstrafrecht – Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag, 2000
- 2 Heidemann E. Tumorpatienten in Deutschland: Was wissen wir über Schmerzprävalenzen? Schmerz 1999; 13: 249–252
- 3 Ensink FBM, Steinmetz U, Bautz MT, Miesner A, Geiling B, Hilgers R, Hanekop GG. SUPPORT: Gesundheitsökonomisch relevantes Zwischenergebnis eines Modellprojekts der Ärztekammer Niedersachsen zur Qualitätssicherung der palliativmedizinischen Versorgung terminal kranker Patienten. Gesundheitsökon Qualitätsmanagement 1999; 4: 163–168
- 4 Weissman DE. Cancer pain education for physicians in practice: Establishing a new paradigm. J Pain Symptom Manage 1996; 12: 364–371

⁶ SUPPORT erhielt den Deutschen Innovationspreis „Medizin und Gesundheit“ 1998, den Berliner Gesundheitspreis 1998, den 1. Förderpreis für Palliativmedizin 1998, den Deutschen Gesundheitspreis „Innovationen im Gesundheitswesen“ 1999 und den Förderpreis 2000 der Niedersächsischen Krebsgesellschaft.

2001-36
der
36

- ⁵ Hanekop GG, Bautz MT, Albrecht A, Benken I, Hirn AM, Kriegler MH, Ensink FBM. Opioid prescription habits in Germany still insufficient. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15: S17
- ⁶ Hanekop GG, Bautz MT, Geiling B, Hilgers R, Miesner A, Steinmetz U, Voss M, Ensink FBM. Verfügbarkeit von BtM-Rezeptformularen als Merkmal der Strukturqualität bei der Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen. *Schmerz* 1998; 121: S75
- ⁷ Potthoff P, Urbahn D. Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach WHO-Stufenschema. *Baden-Baden: Nomos*, 1998
- ⁸ Zenz M, Willweber-Strumpf A. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 1993; 341: 1075
- ⁹ Cantwell P, Turco S, Brenneis C, Hanson J, Neumann CM, Bruera E. Predictors of home death in palliative care cancer patients. *J Palliat Care* 2000; 16: 23–28
- ¹⁰ Costantini M, Balzi D, Garronec E, Orlandini C, Parodi S, Vercelli M, Bruzzi P. Geographical variation of place of death among Italian communities suggest an inappropriate hospital use in the terminal phase of cancer disease. *Public Health* 2000; 114: 15–20
- ¹¹ Freeborne N, Lynn J, Desbiens NA. Insights about dying from the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 2000; 485: S199–205
- ¹² Grande GE, Addington-Hall JM, Todd CJ. Place of death and access to home care services: are certain patient groups at a disadvantage? *Soc Sci Med* 1998; 47: 565–579
- ¹³ Higginson IJ, Astin P, Dolan S. Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England. *Palliat Med* 1998; 12: 353–363
- ¹⁴ Higgins IJ, Jarman B, Astin P, Dolan S. Do social factors affect where patients die: an analysis of 10 years of cancer deaths in England. *J Public Health Med* 1999; 21: 22–28
- ¹⁵ Porta M, Busquet X, Jarrod M. Attitudes and views of physicians and nurses towards cancer patients dying at home. *Palliat Med* 1997; 11: 116–126
- ¹⁶ Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM, Johansson JE. The last month of life: continuity, care site and place of death. *Palliat Med* 1998; 12: 287–296
- ¹⁷ Sims A, Radford J, Doran K, Page H. Social class variation in place of cancer death. *Palliat Med* 1997; 11: 369–373
- ¹⁸ Lee A, Pang WS. Preferred place of death – a local study of cancer patients and their relatives. *Singapore Med J* 1998; 39: 447–450
- ¹⁹ Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, Piper M. Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study. *Br Med J* 1990; 301: 415–417
- ²⁰ Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998; 12: 317–332
- ²¹ Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patients' preferences. *J Palliat Med* 2000; 3: 287–300
- ²² Andres E, Bautz MT, Broge B, Ensink FBM, Steinmetz U, Szecsenyi J. Qualitätszirkelarbeit zur Tumorschmerztherapie: Erste Ergebnisse aus dem Projekt SUPPORT. *Z Allg Med* 2000; 76: 145–149
- ²³ Axelsson B, Borup Christensen S. Place of death correlated to sociodemographic factors. A study of 203 patients dying of cancer in a rural Swedish county in 1990. *Palliat Med* 1996; 10: 329–335
- ²⁴ Schrijvers D, Joosens E, Vandebroek J, Verhoeven A. The place of death of cancer patients in Antwerp. *Palliat Med* 1998; 12: 133–134
- ²⁵ Carroll DS. An audit of place of death of cancer patients in a semi-rural Scottish practice. *Palliat Med* 1998; 12: 51–53
- ²⁶ Vollmann J. Sterbebegleitung. Heft 01/01 der vom Robert-Koch-Institut hrsg. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut, 2001

Dr. med. Franz Bernhard M. Ensink

Arbeitsgruppe SUPPORT der ÄKN
Waldweg 35
37073 Göttingen

E-mail: fensink@gwdg.de
WWW: <http://come.to/SUPPORT>