

Das Projekt SUPPORT – eine Möglichkeit zur Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung als ethisch zu präferierende Alternative zur aktiven Sterbehilfe

Dr. med. Franz Bernhard M. Ensink, Göttingen

Einleitung

Nach den Ausführungen des Sozialwissenschaftlers Professor Rest, Dortmund, ist bei insgesamt 130.000 bis 150.000 Todesfällen in den Niederlanden pro Jahr bei einer Einbeziehung sowohl der tatsächlich gemeldeten Zahl als auch der offiziell geschätzten Dunkelziffer an Euthanasiefällen von ca. 20.000 Patienten auszugehen, die dort im gleichen Zeitraum durch *aktive Sterbehilfe* zu Tode kommen. Unterstellt man die Richtigkeit dieser Feststellung, bedeutet dies, daß über 13% aller Verstorbenen in den Niederlanden durch *aktive* ärztliche Maßnahmen aus dem Leben scheiden, wenn man die Rate auf die nicht präselektionierte Bevölkerungsstichprobe bezieht; die Euthanasierate würde sich noch deutlich höher darstellen, wenn man die Fälle aktiver Sterbehilfe nur in Relation zur Zahl manifest Erkrankter berechnen würde.

Das Göttinger SUPPORT-Projekt betreut in einer definierten Modellregion (vgl. Abb. 1) eine Vielzahl sterbender Tumorpatienten. Naturgemäß ist das Gesamtkollektiv, das SUPPORT nach über vier Jahren praktischer Betreuungstätigkeit überblickt, wesentlich kleiner als die Zahlen aus den Niederlanden. Zudem handelt es sich bei den von SUPPORT betreuten Patienten um eine hoch selektionierte Klientel: nämlich Patienten, die angesichts ihrer Diagnose eine Terminalphase erwartet, die mit hoher Wahrscheinlichkeit von starken Schmerzen und von anderen ihre Lebensqualität erheblich beeinträchtigenden Symptomen gekennzeichnet ist. Tatsächlich sprechen auch etwa 20% der von SUPPORT betreuten Patienten irgendwann im Lauf der Behandlungszeit die

Projektmitarbeiter auf das Thema „*Sterbehilfe*“ an. Dabei handelt es sich aber in aller Regel um einen eher abstrakten Gedankenaustausch, geführt zu einem Zeitpunkt, an dem tatsächlich noch gar keine schwerwiegenden, konkreten Symptome bestehen. Vielmehr sind solche Gespräche meist durch theoretische Überlegungen und Befürchtungen motiviert, weil der vom Patienten angesichts der absehbaren Entwicklung seiner Erkrankung selbst antizipierte „Kontrollverlust“ extrem angstbesetzt erlebt wird.

Um so erstaunlicher ist die Beobachtung, daß bei mehreren Hundert von SUPPORT betreuten Patienten dann *kein einziger der Betroffenen* während der Terminalphase wirklich *um aktive Sterbehilfe gebeten* hat. Wie ist diese Beobachtung zu bewerten, die im eklatanten Widerspruch zur geschilderten Situation in den Niederlanden steht?

Zur Beantwortung dieser Frage muß man sich die Rahmenbedingungen anschauen, unter denen SUPPORT die besagte Beobachtung erzielt; d.h. es ist nicht auszuschließen, daß auch in Südniedersachsen viel mehr terminal kranke Patienten den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe äußerten, wenn ihnen nicht die spezifische Betreuung durch SUPPORT angeboten würde. Dieser These entspricht auch ein Gedanke aus dem Grußwort zu dieser Veranstaltung von Frau Birgit Fischer, der Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen, wenn sie nämlich explizit solche Versorgungsangebote fordert, damit beim Patienten der Wunsch nach Euthanasie gar nicht erst entsteht.

Solche Angebote müssen professionell eine spezifische Patientenversorgung unter palliativmedizinischen Gesichtspunkten gewährleisten. Zum besseren Verständnis der Zusammenhänge erscheint es notwendig, an dieser Stelle den Begriff „Palliativmedizin“ näher zu erläutern. Die Satzung der 1994 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) führt dazu aus:

„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.“

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, und um Krankheitsbeschwerden zu lindern (SGB V, § 27, Abs. 1, Satz 1). Aus dieser Bestimmung läßt sich unzweifelhaft der grundsätzliche Anspruch des Patienten auf eine adäquate palliativmedizinische Behandlung ableiten; jedoch klärt diese Aussage nicht, welche Maßnahmen und Leistungen unter diesen Terminus zu subsumieren sind. Problematisch in diesem Kontext erscheint darüber hinaus das mit obiger Vorgabe durchaus in gewisser Konkurrenz stehende „Wirtschaftlichkeitsgebot“ des Sozialgesetzbuches. Nach SGB V, § 12, Abs. 1, Satz 2 können nämlich „Leistungen, die nicht notwendig *oder* unwirtschaftlich sind“ vom Versicherten nicht beansprucht werden und dürfen vom Leistungserbringer auch nicht bewirkt werden. Diese Leistungsausgrenzung wäre im Grunde unproblematisch, wenn der Gesetzestext nur solche Leistungen ausschließen würde, die zugleich nicht notwendig *und* unwirtschaftlich sind. Durch die

vom Gesetzgeber gewählte Formulierung („...nicht notwendig *oder* unwirtschaftlich“) stellt sich die demaskierende Frage, welche Leistungen bei einem *sterbenden* Patienten unter *ökonomischen* Gesichtspunkten überhaupt noch „wirtschaftlich“ zu erbringen sind. Welchen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang beispielsweise noch der Patientenwille?

Sterben ist – wie oben zitierte Satzung der DGP zu Recht ausführt – Teil des Lebens, zugleich ist der Umgang mit den Sterbenden aber auch ein Indiz für die Menschlichkeit in unserer Gesellschaft.

Berücksichtigt man, wieviele Tumorkranke nicht – wie von mehr als 80% dieser Patienten gewünscht – zu Hause im Kreis der Familie sterben können, sondern die terminale Lebensphase bis zum Tod auf Akutstationen von Krankenhäusern verbringen müssen, werden die negativen Implikationen der vorstehend skizzierten Gesetzeslage und der (zumindest z.T.) darauf basierenden Versorgungsmängel deutlich. Vor dem Hintergrund von jährlich mehr als 200.000 Krebstoten in Deutschland sowie von mehr als 80 Millionen „Tumorschmerzpatienten-Tagen“ [7], ergibt sich eine immense – gleichermaßen ethische wie gesundheits- und gesellschaftspolitische – Herausforderung, um das deutsche Gesundheitssystem gezielt weiterzuentwickeln und so zur Einlösung der berechtigten Forderung nach vermehrter Patientenautonomie beizutragen.

Die Hintergründe von SUPPORT

Um die Problematik der mangelhaften palliativmedizinischen Versorgung in einer definierten Region zu dokumentieren und bei der Implementierung gezielter Interventionen spezifische Erfahrungen zu sammeln, hat die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) bereits 1995 das Modellprojekt SUPPORT initiiert

[4], das nach positivem Votum der zuständigen Ethikkommission seit Dezember 1996 in Südniedersachsen als definierter Modellregion mit ca. 4.000km² Fläche (vgl. Abb. 1) und 600.000 Einwohnern umgesetzt wird.

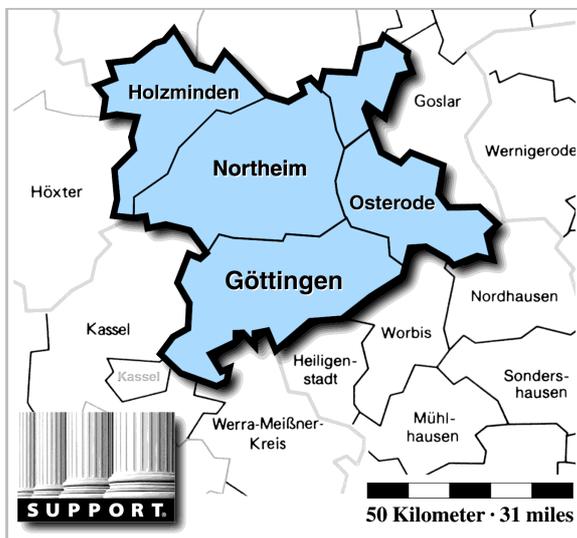


Abbildung 1: SUPPORT-Interventionsregion

Gefördert wurde die Arbeit von SUPPORT durch das Bundesministerium für Gesundheit über einen Zeitraum von vier Jahren. Räumlich und organisatorisch ist die mit der Umsetzung des Modellprojektes beauftragte interdisziplinäre Arbeitsgruppe der ÄKN am Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Georg-August-Universität Göttingen angebunden.

Zur Analyse der ursprünglichen Versorgungsqualität bei der Betreuung terminal kranker Tumorpatienten 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 1.200 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 [9] 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.

So ist beispielsweise der WHO-Stufenplan ein weltweit akzeptierter Algorithmus zur Durchführung einer adäquaten medikamentösen Tumorschmerztherapie. Die sog. BtM-Rezepte sind Spezialvordrucke, ohne die es einem Arzt nicht möglich ist, starke Schmerzmittel (sog. Opioide) zu verordnen.

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-Rezepte.

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, 6, 10], 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 sogenannten Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtM-VV)
- Defizite in der ganzheitlichen Patientenbetreuung, insbesondere durch fehlende psychosoziale Betreuung für die Patienten
- Fehlen jederzeit erreichbarer Versorgungsträger
- Fehlen konsequenter Qualitätsmanagementstrategien.

Negativ macht sich in diesem Zusammenhang insbesondere auch das Fehlen einer effizienten Verzahnung der etablierten ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bemerkbar.

Die Interventionmaßnahmen von SUPPORT

Im Rahmen von SUPPORT sollte nun geprüft werden, ob durch Umsetzung innovativer Interventionsmaßnahmen eine Reduktion der vorstehenden palliativmedizinischen Versorgungsdefizite zu erreichen ist. Dazu wurden zwei wesentliche Interventionsstrategien verfolgt:

- die Umsetzung themenbezogener, fachgebiets- und strukturübergreifender Qualitätszirkelarbeit [1],
- die Etablierung eines sogenannten Palliative-Care-Teams (PCT). Nur auf diesen zweiten Aspekt soll im Folgenden weiter eingegangen werden.

Die Etablierung eines solchen PCT stellt das essentielle 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 erreichbar. 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

Modellregion sowohl auf Anforderung durch terminal kranke Tumorpatienten, 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.

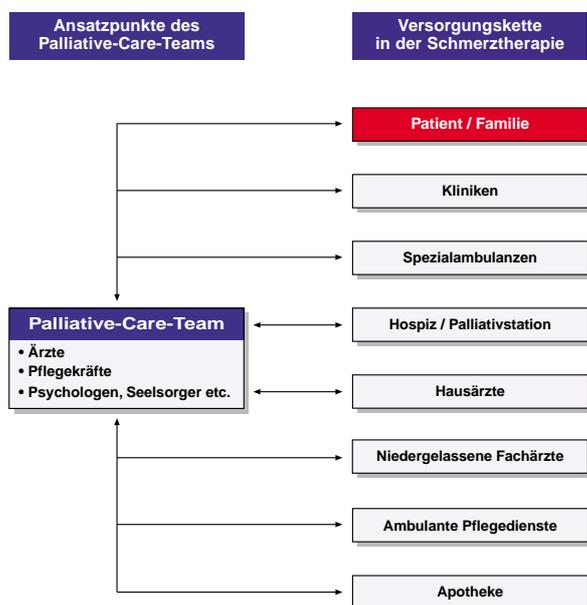


Abbildung 2: Kooperationsstrukturen im Modellprojekt SUPPORT

Ziel der Aktivitäten des PCT ist die Gewährleistung einer optimalen Versorgung der Patienten auch in ihrem häuslichen Umfeld. 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 ambulanten Patientenversorgung praktisch Mitwirkenden eine erhöhte Kompetenz zur palliativmedizinischen Grundversorgung ein. Insgesamt werden durch das Angebot von SUPPORT viele medizinisch unnötige, vergleichsweise teure und für den Patienten belastende Klinikseinweisungen vermeidbar.

Bisherige Ergebnisse von SUPPORT

Seit Beginn der Interventionsphase hat das PCT über 600 Patienten betreut, davon ca. 200 Patienten nur konsiliarisch. Bis auf wenige Ausnahmen (Patienten mit HIV bzw. mit neurologischen Erkrankungen) waren alle Betreuten terminal kranke Tumorpatienten mit entsprechender Schmerz- und Begleitproblematik.

Zahlen aus verschiedenen europäischen Ländern belegen, daß üblicherweise zwischen 64% bis 86% aller Tumorpatienten in Krankenhäusern versterben [2, 8]. 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 schmerzgelindert und unter einer ausreichenden Symptomkontrolle möglichst zu Hause im Kreis der Familie versterben wollen. Nach Carroll haben über 70% der Tumorpatienten diesen Wunsch [3], nach Erfahrungen des PCT sogar über 80%.

Erste Zwischenauswertungen der dokumentierten Behandlungsdaten belegen, daß bei deutlich mehr als 50% der in das Projekt aufgenommenen Patienten dem Wunsch der Kranken entsprochen werden konnte, sie bis zu ihrem Tod durch ihre Angehörigen, sowie durch den jeweiligen Hausarzt und ambulanten Pflegedienst in Kooperation mit den Mitarbeitern des PCT zuhause zu betreuen und dabei bis zum Schluß 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 zuhause (wohl aber in vertrauter Umgebung) sterben können. Bei anderen Patienten entsteht während der Betreuung zuhause 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. Diese Zahlen demonstrieren zugleich, daß durch die geschilderten Maßnahmen 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.

Durch die praktische Arbeit im Projekt wird offensichtlich, daß SUPPORT nicht nur

bereits seit Jahren hervorragende Ergebnisse erzielt, sondern darüberhinaus eine hohe Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern genießt. Für dieses positive Ergebnis erweisen sich allerdings die folgenden Rahmenbedingungen als unverzichtbare Voraussetzung:

- 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.

Die Zukunftsperspektive von SUPPORT

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 weitverbreiteten 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 Preisen ausgezeichnet, von denen immerhin 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 des Modellansatzes 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. Hingegen wurde in Frankreich bereits 1999 explizit ein Anspruch des Patienten auf palliativmedizinische Versorgung per Gesetz festgeschrieben. 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 nicht erst die Gerichte bemüht werden müßten bei der Festlegung, was im palliativmedizinischen Kontext derzeit anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnis ist. Das, was in diesem Versorgungsbereich heute möglich und im Hinblick auf die laufende Debatte bezüglich der Forderung nach aktiver Sterbehilfe moralisch auch geboten ist, wird bei unvoreingenommener Zurkenntnisnahme der durch Umsetzung des SUPPORT-Konzeptes erzielbaren Resultate hinlänglich deutlich.

Literatur

1. Andres E, Bautz MT, Broge B, Ensink FBM, Steinmetz U, Szecsenyi J (2000) Qualitätszirkelarbeit zur Tumorschmerztherapie: Erste Ergebnisse aus dem Projekt SUPPORT. *Z Allg Med* 76: 145-149
2. Axelsson B, Borup Christensen S (1996) Place of death correlated to sociodemographic factors. A study of 203 patients dying of cancer in a rural Swedish county in 1990. *Palliat Med* 10:329-335
3. Carroll DS (1998) An audit of place of death of cancer patients in a semi-rural Scottish practice. *Palliat Med* 12:51-53
4. Ensink FBM, Steinmetz U, Bautz MT, Miesner A, Geiling B, Hilgers R, Hanekop GG (1999) SUPPORT: Gesundheitsökonomisch relevantes Zwischenergebnis eines Modellprojekts der Ärztekammer Niedersachsen zur Qualitätssicherung der palliativmedizinischen Versorgung terminal kranker Patienten. *Gesundheitsökon Qualitätsmanage* 4: 163-168
5. Hanekop GG, Bautz MT, Albrecht A, Benken I, Hirn AM, Kriegler MH, Ensink FBM (1998a) Opioid prescription habits in Germany still insufficient. *J Pain Symptom Manage* 15:S17
6. Hanekop GG, Bautz MT, Geiling B, Hilgers R, Miesner A, Steinmetz U, Voss M, Ensink FBM (1998b) Verfügbarkeit von BtM-Rezeptformularen als Merkmal der Strukturqualität bei der Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen. *Der Schmerz* 12 (Suppl 1): S75
7. Heidemann E (1999) Tumorpatienten in Deutschland: Was wissen wir über Schmerzprävalenzen? *Schmerz* 13:249-252
8. Schrijvers D, Joosens E, Vandebroek J, Verhoeven A (1998) The place of death of cancer patients in Antwerp. *Palliat Med* 12:133-134
9. Weissman DE (1996) Cancer pain education for physicians in practice: Establishing a new paradigm. *J Pain Symptom Manage* 12:364-371
10. Zenz M, Willweber-Strumpf A (1993) Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 341:1075

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Franz Bernhard M. Ensink
 Arbeitsgruppe SUPPORT der Ärztekammer Niedersachsen
 Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin
 Georg-August-Universität · Waldweg 35 · 37073 Göttingen
 • E-Mail:fensink@gwdg.de
 • Projektseiten im Internet:http://come.to/SUPPORT