

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang Geriatric

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Franz Böhmer
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

Rückfragen:

österreichische akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 512 63 83-40DW

Hausärztliche Betreuung am Lebensende

Dietmar Kleinbichler

17. November 2009

Abschlussarbeit für das Diplom in Geriatrie

Einleitung

Mehr als die Hälfte der Menschen mit schweren, fortschreitenden Erkrankungen möchten zuhause sterben(1). Wobei „zu Hause“ mehr bedeutet als eine bloße Ortsangabe, vielmehr steht dieser Begriff für die Gegenwart von geliebten Personen und die Möglichkeit, sein Leben in vertrauter Umgebung zu führen. Der Hausarzt, insbesondere im ländlichen Versorgungsbereich, hat dann die Aufgabe diese Patienten im Team mit den Familienangehörigen, der Hauskrankenpflege und ev. den Hospizmitarbeitern zu betreuen.

Diese Arbeit möchte ich anhand einer Patientengeschichte darstellen und sie soll sich auf drei für mich wesentliche Aspekte der Betreuung am Lebensende konzentrieren und zwar:

- die Entscheidungsfindung am Lebensende: die Rolle des Patienten, Arztes und der Familienangehörigen
- das Sterben zuhause oder in einer öffentlichen Einrichtung: Von welchen Faktoren ist es abhängig ?
- die Qualitätskriterien für die Betreuung am Lebensende

Patientenbericht

‘ Johann S., ein 70 jähriger ehemaliger Landwirt, wohnte in einem Haus alleine ganz in der Nähe seiner von ihm getrennt lebenden Frau und seinen beiden verheirateten Kindern. Zwei Jahre vor dem Beginn seiner Erkrankung lernte er eine neue Lebenspartnerin kennen.

Er war seit 12 Jahren mein Patient.

Aufgrund einer unklaren Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit und leicht erhöhter Pankreasenzymen wurde ein MRT Untersuchung des Oberbauchs durchgeführt. Der Befund war suspekt auf einen ca. 2,5 cm großen Tumor im Pankreaskörper mit einer 1cm großen Läsion in der Leber.

Aufgrund der negativen pankreaskarzinomtypischen Marker (CA19-9, CEA, NSE), der positiven F18-Dopa-PET Untersuchung und einer doch deutlichen Erhöhung von Chromogranin A (536 U/L) wurde anfänglich ein neuroendokriner Tumor des Pankreas vermutet, was für den Patienten eine doch wesentlich bessere Prognose bedeutet hätte. Die Feinnadelaspiration der Pankreasraumforderung zeigte aber Anteile eines Adenokarzinoms des Pankreas, ebenso ergab die Histologie der Leberbiopsie eine Metastase eines Pankreaskarzinoms. Die Tumorsituation wurde zum Zeitpunkt der Diagnosestellung als inoperabel eingestuft und eine Chemotherapie eingeleitet.

Entscheidungsfindung am Lebensende

Die Autonomie des Patienten in Entscheidungen, die seine medizinische Behandlung betreffen, ist einer der wesentlichsten Grundsätze der Patientenbetreuung. Auch im Kontext einer lebensbedrohenden Erkrankung ist das Recht auf Selbstbestimmung ein Grundsatz, der vom Patienten, dem medizinischen Personal und den Angehörigen gemeinsam anerkannt wird(2).

In der Studie von Jonston et al (3) glaubt die Mehrheit der befragten Ärzte und Patienten, dass der individuelle Patient für das Treffen der Entscheidungen am Lebensende verantwortlich ist. Interessant war, dass im Vergleich zu den Ärzten um 20 Proz. mehr Patienten außer der medizinischen Information auch Empfehlungen von den Ärzten für die möglichen Behandlungen haben wollten. Auch war eine kleine aber signifikante Minderheit von Patienten der Meinung, dass die Ärzte auch für entscheidungsfähige Patienten die Entscheidungen in dieser Phase treffen sollten.

Der Entscheidungsfindungsprozess wird häufig schwieriger je näher der Patient dem Lebensende kommt weil:

- die Behandlungsmöglichkeiten und der Benefit den der Patient davon hat, abnehmen
- möglicherweise der Patient nicht mehr in der Lage ist, am Entscheidungsprozess teilzunehmen.

Ein wesentlicher Punkt, der immer wieder evaluiert werden sollte, ist die Frage nach der **Entscheidungsfähigkeit des Patienten** das heißt:

- Erfasst der Patient seinen körperliche Zustand und in etwa seine Prognose und
- kann er den Benefit aber auch die Risiken möglicher Behandlungen gegeneinander abwägen
- und ist er in der Lage seine Zustimmung oder auch Ablehnung nach ärztlicher Beratung bzw. genauer Information für eine bestimmte Behandlung klar auszudrücken.

Damit auch in diesen Situationen die Autonomie des Patienten gewährleistet bleibt, hat der Gesetzgeber in Österreich im Jahr 2006 (4) (wie auch in anderen europäischen Ländern in verschiedener Form) die Möglichkeit der Patientenverfügung (PV) geschaffen, durch die der Patient frühzeitig genau

festsetzen kann, welche medizinischen Behandlungen und lebensverlängernden Maßnahmen er im Falle einer unheilbaren und zum Tode führenden Erkrankung ablehnt. Dies kann in der formal strikten Form der *verbindlichen* PV festgehalten werden, als auch in der etwas weiteren und offeneren Form der *beachtlichen* PV, die aber für das Behandlungsteam ähnliche Bedeutung und Wirksamkeit hat wie erstere.

Ist der Patient aufgrund körperlicher oder psychischer Veränderungen im Laufe seiner schweren Erkrankung nicht mehr oder nur teilweise in der Lage seine Situation nach den oben angeführten Punkten zu beurteilen, so ist es wichtig einen Entscheidungsträger zuerst in der Familie, in zweiter Linie im engen Freundeskreis zu finden, dem die Einstellung und die persönlichen Werte des Patienten vertraut sind. Dessen Aufgabe ist es Entscheidungen für den Patienten zu treffen von denen er glaubt, der Patient würde sich selbst so entscheiden wäre er in der Lage dazu. Sind es mehrere erwachsene Familienangehörige und sie sind sich in ihren Ansichten nicht einig, so sollte die Mehrheit entscheiden. Der Patient selbst sollte aber immer die Möglichkeit haben an seinem Behandlungsplan, entsprechend dem Grad seiner Entscheidungsfähigkeit, mitzuwirken(5).

In solchen Situationen kann Selbstbestimmung oft leise in eine Fremdbestimmung kippen. Aber, wie Prof. Dr. E.H Prat (18) es ausdrückt, bedeutet dem Patienten beizustehen und ihn in seiner Entscheidungsfindung zu unterstützen, ja ihm solidarisch eine Lösung nahelegen, keinesfalls eine Geringschätzung der Person sondern eine fürsorgliche Pflicht der Menschlichkeit.

Johann S. hat bis drei Wochen vor seinem Tod sämtliche medizinischen Probleme mit mir, seinem Hausarzt besprochen. Dies änderte sich auch nicht während seiner Untersuchungen im Krankenhaus oder während der Chemotherapie an der onkologischen Abteilung. Wir hatten in den vergangenen zehn Jahren ein Vertrauensverhältnis und ein gegenseitiges Verstehen im weiteren Sinne aufbauen können, was die Kommunikation gerade in dieser schwierigen Zeit während seiner schweren Erkrankung sehr erleichterte.

Bei Fragen, die seine weitere Behandlung betrafen, wollte J.S. zwar alle wesentlichen medizinischen Informationen erhalten, es war ihm aber auch immer wichtig meine Meinung bzw. Empfehlung und die Begründung dafür zu kennen.

In den letzten drei Wochen war seine Kognition einerseits durch die notwendige Schmerztherapie, den hohen Bilirubinspiegel und auch durch die rapide zunehmende Tumorkachexie so beeinträchtigt, dass Fragen bzw. palliative Behandlungsoptionen mit ihm selbst nur sehr eingeschränkt besprochen werden konnten. Seine Schwiegertochter, selbst Kinderärztin, übernahm zunehmend diese Aufgabe der Entscheidungsträgerin.

Um sich entscheiden zu können, und um damit bei dem wesentlichen Punkt der Patientenautonomie zu bleiben, sind dem Patienten die **medizinischen Fakten über die Krankheit und Behandlung** darzustellen

Hier ist es ganz wichtig, dass der behandelnde Arzt erkennt *wie viel Information* der Patient haben möchte und dass er entsprechend darauf reagiert. Ein vom Patienten nicht gewolltes zu viel an Information zu einem bestimmten Zeitpunkt kann ihm schaden. Die Mehrzahl der Patienten möchte dass bestimmte Familienmitglieder bei den Besprechungen mit dem Arzt teilnehmen(6). Wie viel Information der Patient haben möchte kann sich im Laufe der Erkrankung ändern und ist vom Arzt im Gespräch mit ihm wahrzunehmen.

Wie beschrieben (6) ist es häufig ein Zyklus der durchlaufen wird und zwar immer dann, wenn eine neue Situation in der Behandlung des Patienten auftritt oder sich sein Zustand verändert. Dieser besteht aus **vier Phasen** die je nach Art der Veränderung beim Patienten mehr oder weniger schnell durchlaufen werden.

1. Untersuchung des Patienten und Feststellen des Problems
2. Information des Patienten bzw. der Familienangehörigen
3. Besprechung dieser neuen Situation
4. Entscheidung darüber, wie weiter vorzugehen ist

Nach dem es zu einer deutlichen Tumor- und Metastasenprogression unter der ersten Chemotherapie (GEMOX Schema) gekommen war, wurde der Patient auf oral Erlotinib und Gemcitabin umgestellt. Der Allgemeinzustand v. J.S. verschlechtert sich deutlich in den nächsten 8 Wochen, und der Patient wollte die orale Chemotherapie absetzen. Mit ihm und mit seiner Schwiegertochter wurde der mögliche Benefit (5,1 Monate mittlere Überlebenszeit unter Plazebo und 5,9 Monate mittlere Überlebenszeit unter Erlotinib/Gemcitabin (7)) soweit wie möglich besprochen. Seine Entscheidung und auch die, der Familie war, die laufende orale Chemotherapie zu beenden.

Sterben zuhause oder in einer öffentlichen Einrichtung

Bei Untersuchungen gaben mehr als die Hälfte der Menschen an zuhause sterben zu wollen, an zweiter Stelle wurden Hospizeinrichtungen genannt (1). Dennoch v ersterben die meisten Menschen in Europa aber auch in den USA in Krankenhäusern (8).

Der Wunsch des Patienten, wo er versterben will kann sich im Laufe der Erkrankung ändern. Je mehr sich der körperliche Zustand der Patienten verschlechterte, umso eher wollten sie stationär aufgenommen werden (9). Ob es die Absicht war, den Familienangehörigen oder Freunden die Last der Betreuung bis zum Lebensende abzunehmen oder ob es eine Suche nach besserer Pflege bzw. eine Kombination beider Gründe ist unklar. Wesentlich ist vielmehr, dass die Qualität der Betreuung am Lebensende gewährleistet wird, sei es zuhause, im Hospiz oder im Krankenhaus.

Die Faktoren, die den Ort des Sterbens beeinflussen können in drei Gruppen (10) eingeteilt werden.

Für „**zuhause**“ waren folgende Bedingungen wichtig:

1. Krankheitsabhängige Faktoren

- lang dauernde Erkrankung
- geringer Fähigkeit die alltäglichen Tätigkeiten auszuführen

2. Persönliche Faktoren

- Übereinstimmung über den Ort des Sterbens zwischen Patient und Pflegenden
- Wunsch des Patienten zuhause zu sterben

3. Von der Umgebung abhängige Faktoren

- je mehr der Patient in seiner Wohnung von seinem Arzt/bzw. Krankenpflege betreut wurde
- wie gut die sozialen Kontakte innerhalb der Familie waren und in wie weit die Familie in der Lage war den Patienten zuhause zu betreuen
- die Gewährleistung einer ärztliche Betreuung zuhause sowohl tagsüber als auch nachts und die Unterstützung durch Spezialisten (9)

Ungefähr drei Wochen vor seinem Tod stiegen die Cholestaseparameter meines Patienten wegen einer Cholangitis wieder deutlich an und ich schlug eine weitere stationäre Aufnahme vor. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten wir nicht explizit darüber gesprochen, wo er sterben möchte. Der Patient besprach dann die Option einer weiteren stationären Aufnahme mit seiner Familie. Ihm ging es vor allem darum, ob er es tun müsse, um dadurch seine Überlebenszeit deutlich zu verlängern. Er entschied sich zuhause zu bleiben. Damit war, wenn auch nicht direkt ausgesprochen, ein weiterer stationärer Aufenthalt kein Thema mehr. In diesem Punkt gab es auch eine klare Übereinstimmung zwischen ihm und seinen Pflegenden.

In den Jahren vor seiner Erkrankung nahm er, wenn es aufgrund eines fieberhaften Infekts, einer Pneumonie, starker Lumboischialgien und dergleichen notwendig war, gerne ärztliche Hausbesuche in Anspruch. Auch während seiner frühen Tumorerkrankung besuchte ich ihn öfter, auch um einfach nur die momentane Krankheitssituation oder weitere therapeutische oder diagnostische Möglichkeiten zu besprechen.

Der Patient wurde anfangs von seiner Lebensgefährtin gepflegt. Die letzten Wochen vor seinem Tod übernahm auch seine geschiedene Frau, zu der er wieder eine gute Beziehung hergestellt hatte, zusammen mit seiner Schwiegertochter und seinen Kindern einen großen Teil der Betreuung. Dadurch konnten sich die Pflegenden gegenseitig unterstützen und vor allem auch entlasten. Ich war für meinen Patienten, als sich sein körperlicher Zustand zunehmend verschlechterte, rund um die Uhr erreichbar. In dieser Zeit waren auch oft mehrere Visiten am Tag notwendig, um die immer häufiger auftretenden neuen Probleme zusammen mit den Pflegenden zu bewältigen. Schwierige Fragen, besonders im Bereich der Symptomkontrolle, konnte ich oft telefonisch mit Kollegen aus den jeweiligen Fachrichtungen des nächstgelegenen Krankenhauses besprechen. Diese Unterstützung erlebte ich als sehr hilfreich.

Qualitätskriterien für die Betreuung am Lebensende

In einem Expertenmeeting im Jahre 1997 einigte man sich auf sechs wesentliche Qualitätskriterien für die Patientenbetreuung am Lebensende (11). Diese waren:

- Lebensqualität
- körperliches Wohlbefinden
- psychosoziales Wohlbefinden
- spirituelles Wohlbefinden
- die Betreuung aus der Sicht des Patienten
- familiäres Wohlbefinden

Interessant war, dass sich diese Aspekte der Betreuung deutlich von denen unterscheiden, die Patienten selbst als wichtig erachteten nämlich: adäquater Schmerz und Symptommanagement, das Vermeiden einer unangebrachten Verlängerung des Sterbens, ein Gefühl von Selbstkontrolle bewahren, die Last für die Familienangehörigen verringern und Beziehungen zu diesen stärken (12).

In einer qualitativen Studie aus dem Jahre 2006 (13) in Holland, wo mehr als die Hälfte der Patienten am Lebensende von ihrem Allgemeinmediziner betreut wird, wurden die Qualitätskriterien sowohl aus der Sicht der Patienten als auch der betreuenden Hausärzte erforscht. Ärzte und Patienten stimmten in den für sie wesentlichen Punkten überein, nämlich:

1. **Verfügbarkeit des Arztes**

Diese Verfügbarkeit wurde einerseits definiert mit der Möglichkeit Hausbesuche in Anspruch nehmen zu können und andererseits mit der Erreichbarkeit des Arztes auch außerhalb der Ordinationszeiten, bei Notfällen, am Wochenende und während der Nacht. Dies wurde in der Studie (13) von den Patienten höher gewertet als weniger Schmerzen und bessere Symptomkontrolle.

Ich besuchte meinen Patienten regelmäßig. Manchmal saß ich nur an seinem Bett und sagte nichts, versuchte ihm die Zeit zu geben, die er brauchte, um seine Bedürfnisse zu spüren und seine Gedanken zu formulieren. Er hatte auch meine private Telefonnummer um, sollte sich sein Zustand verschlechtern für ihn erreichbar zu sein. Ich hatte den Eindruck, dass er und vor allem seine Pflegenden diesen Rückhalt brauchten und dass es ihnen sehr viel Sicherheit gab und besonders die Angst nahm, mit einer überfordernden Situation alleine gelassen zu werden.

2. **Zuwendung und die Aufmerksamkeit des Arztes**

Die Patienten beschrieben diese Zuwendung als wichtigen Bestandteil der Betreuung.

Dieser wird ausgedrückt mit Worten wie: Ehrlichkeit, Offenheit, sorgfältiges Zuhören, Ruhe während dem Zusammensein, respektvolles Kommunizieren.

3. **Kontinuität der Betreuung**

Die hausärztliche Betreuung beginnt ja häufig viel früher und der Patient und sein Arzt haben ihre „gemeinsame Geschichte“. Durch die Betreuung während vorangehenden Erkrankungen oder schwieriger Lebensphasen hat sich oft ein gegenseitiges Vertrauen und Verstehen entwickelt. Als Hausarzt kennt man die Familie, das Umfeld und einen Teil der Lebensgeschichte des Patienten. Dadurch ist es auch möglich im Gespräch Hinweise des Patienten früher und besser zu interpretieren.

Wie schon eingangs erwähnt war Johann S. seit 12 Jahren mein Patient. In dieser Zeit konsultierte er mich sehr regelmäßig vor allem wegen seiner schweren Hypertonie. Die Beziehung musste am Beginn seiner Tumorerkrankung nicht erst aufgebaut werden, sie bestand schon. Die Kommu-

nikation war dadurch leichter und direkter und die Bedürfnisse des Patienten konnten rascher wahrgenommen werden.

4. **Fachliche Kompetenz und die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen bzw. Pflegeberufen**

Hier hinein fällt das Wissen über die jeweilige Erkrankung und deren Verlauf und Komplikationen und der Bereich des adäquaten Schmerz- und Symptommanagements. Aber auch der Umgang mit der Angst, der Traurigkeit oder Sprachlosigkeit des Patienten (oder Arztes..!). Viele Patienten drücken ihre Einschätzung der fachlichen Kompetenz des Arztes häufig über die Zufriedenheit mit einer Medikation oder medizinischen Intervention aus.

Für die Patienten in der Studie war eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausarzt und Krankenhaus oder anderen Pflegeberufen sehr wichtig und wurde als wesentlicher Teil der Fachkompetenz des betreuenden Arztes gewertet. Betreuung am Lebensende ist immer Teamarbeit und Patienten nehmen Probleme in der interprofessionellen Kommunikation (wie ständig unterschiedliche Therapieansätze oder fehlende gegenseitige Wertschätzung) sehr sensibel wahr.

Für Johann S. war es sehr wichtig, dass die Kommunikation zwischen den involvierten Onkologen, Chirurgen, Internisten, Radiologen und Hausarzt nicht über ihn oder nur über Befunde sondern über direkten telefonischen Kontakt stattfand, was ihm bei allen Befundbesprechungen sehr wichtig war. Auch ersuchte er mich öfter den jeweiligen Kollegen direkt zu kontaktieren. Dies vermittelte nicht nur ihm Sicherheit, sondern auch für mich war diese Zusammenarbeit sehr entlastend.

Mit Beginn der Chemotherapie war vor allem die *Appetitlosigkeit und Übelkeit* ein sehr belastendes Problem für meinen Patienten. Die Behandlung wurde folgendermaßen durchgeführt (14):

- zuerst mit Metoclopramid über das Dopaminerge System, später als höhere Opiatdosen notwendig waren mit Haloperidol
- eine Zeitlang waren auch 5-HT₃-Rezeptor Blocker (zB: Zofran), bes. während der ChemoRx, sehr hilfreich
- zusätzlich haben wir auch Antihistaminika versucht, um den, durch die Hyperbilirubinämie ausgelösten Juckreiz zu lindern
- sehr wirksam waren auch anfangs (besonders gegen die sehr quälende Appetitlosigkeit) zentral wirksame Substanzen wie Benzodiazepine bzw. Dronabinol in einer Dosierung von 2x5mg
- auch nichtmedikamentöse Maßnahmen spielten eine wichtige Rolle wie: das Vermeiden unangenehmer Gerüche, kleine, appetitlich angerichtete Mahlzeiten oder auch kühle, sprudelnde Getränke

Als *Schmerzmedikation* erhielt er:

Novalgin Tropfen vier bis fünfmal täglich, in den letzten Tagen dann als iv Therapie über 24 Stunden. Entsprechend dem WHO Stufenschema wurde dann zusätzlich Tramadol verschrieben und relativ bald auf ein Fentanyl-Pflaster in steigender Dosierung umgestellt.

Als Rescue-Medikation nahm der Patient Hydal 2,6 mg Kaps. und später, als das Schlucken zunehmend ihm Probleme bereitete, Actiq, ein Fentanyl-citrat zum Lutschen.

Zur Behandlung der Obstipation war die Kombination von Pursennid und Movicol ausreichend.

Mit dieser Therapie konnte bis zuletzt eine weitgehende Schmerzfreiheit erreicht werden.

In den letzten Tagen vor seinem Tod bewegte sich Johann.S. kaum mehr. Wir versuchten das Liegen durch Pölster soweit wie möglich zu unterstützen, um dadurch für den Patienten unangenehme Lagerungsänderungen zu vermeiden. Auch verminderte sich sein Durstgefühl in dieser Zeit deutlich. Wir haben zuletzt eine intravenöse Flüssigkeitsgabe, soweit sie nicht für die Verabreichung von Medikamenten notwendig war, weitgehend vermieden. Diese Entscheidung wurde gemeinsam getroffen. Es gibt kaum Hinweise, dass eine Flüssigkeitsrestriktion in den letzten Tagen/ bzw. Stunden das Leben verkürzt oder das Leiden verstärkt (16). Auch zeigte eine Studie (15), dass Dehydratation in den letzten Stunden eine Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen und anderen Substanzen auslöst und beim Patienten ein Wohlfühlen bewirkt

Mein Patient war bis zu seinem Tod ansprechbar. Zuletzt kam es plötzlich zu einem Bluterbrechen und J.S. verstarb kurz danach an den Folgen seiner Tumorerkrankung.

Zusammenfassung

Die Betreuung am Lebensende kann für den Hausarzt eine sehr erfüllende aber auch sehr fordernde Aufgabe(17) sein. Die meist länger bestehende Beziehung zwischen Arzt und Patient ist dafür eine sehr gute Voraussetzung. Wesentlich für eine adequate Patienten- und Angehörigenbetreuung in dieser Lebensphase ist neben der fachlichen Kompetenz des betreuenden Arztes, eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit aller an der Betreuung beteiligten Pflegenden und Ärzte.

Literatur

- (1) 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
- (2) Deborah L. Volker, RN, PhD Control and end-of-life care: Does ethnicity matter? *Am J Hosp Palliat Care* 2005;22(6): 442-446
- (3) Sarah Coate Johnston, MD, Mar P Pfeifer, MD, and End -of-Life Study Group. Patient and Physician Roles in End-of-Life Decision Making *J GEN INTERN MED* 1998;13:43-45
- (4) Neues PatVG, BGBL I 2006/55, ab 1. Juni 2006
- (5) Depart. of Health/ North Sidney. End-of-life care and decision making-guidelines *NSW Depart. of Health* 22. May 2005
- (6) FEM Murtagh, A, Thorns. Evaluation and ethical review of a tool to explore patients preferences for information and involvement in decision making *J. of Med. Ethics* 2006;32:311-315
- (7) EMEA. Europäischer öffentlicher Beurteilungsbericht Taceva *EMEA/H/C/618*
- (8) <http://www.euro.who.int/document/E82933.pdf>
- (9) Stephan Barclay . Palce of death- How much does it matter? *Br J Gen Pract.* 2008 April 1; 58(549): 229-231
- (10) Barbara Gomes, I, Higginson. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38740.614954.55, 8.Feb. 2006
- (11) Field MJ, Cassel CK. *Approaching Death: Improving Care at the End-of-Life*, Washington, DC: Institute of Medicine, *National Academy Press*; 1997.
- (12) Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. *Journal of the American Medical Association.* 1999;281:1 doi: 10.1001/jama.281.2.163.
- (13) Sander D Borgsteede, PharmD, Pharmacist and Corrie Graafland-Riedstra, MSc, Health Scientist: Good end-of-life care according to patients and their GPs; *Br J Gen Pract.* 2006 January 1; 56(522): 20-26
- (14) Frank D Ferris,1 Charles F von Gunten,1 and Linda L Emanuel: Ensuring competency in end-of-life care: controlling symptoms *BMC Palliat Care.* 2002; 1: 5.
- (15) Ellershaw JE, Sutcliffe JM, Saunders CM. Dehydration and the dying patient. *J Pain Sympt Manage.* 1995;10:192-7. doi: 10.1016/0885-3924(94)00123-3.
- (16) Dunphy K, Finlay I, Rathbone G, Gilbert J, Hicks F, Rehydration in palliativ and terminal care: If not - why not? *Palliat Med* 1996; 10 (2): 165-6 (und 1995;9(3): 192-7
- (17) Aulbert, Nauck, Radbruch *Lehrbuch der Palliativmedizin* 2. Aufl.
- (18) Prof..Dr. E.H.Prat, Ethik in der Medizin: Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser! *Österreichische Ärztezeitung* (20) 25.Okt. 2009