



Palliativmedizinische Betreuung

Das Konzept der frühen Integration von Palliativmedizin in die Onkologie

Die frühzeitige Einbindung palliativer Betreuung onkologischer Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.¹ Einige Studien deuten darauf hin, dass frühzeitige palliative Mitversorgung zur Lebensverlängerung bei Patienten mit Krebs führt, die teilweise an die Überlebensdaten von neuen systemischen Therapiekonzepten heranreicht. Verschiedene Integrationsmodelle sind bekannt.² Dennoch werden palliativmedizinische Maßnahmen immer noch zu wenig oder zu spät eingesetzt. Hier sollen einige Daten erörtert und Strategien aufgezeigt werden, um Barrieren gegenüber palliativen Maßnahmen zu minimieren.

In den letzten drei Jahrzehnten haben sich durch Optimierungsprozesse in der Prävention, der Früherkennung und der Therapie deutliche Verbesserungen für onkologische Patienten ergeben.

Zunehmend wird Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung auch palliativmedizinische Unterstützung angeboten. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definiert Palliative Care als einen „Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen, die sich mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sehen, durch die Prävention und die Erleichterung von Leiden durch frühe Identifikation und einwandfreie Evaluation und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen verbessert, und dies auf einer physischen, psychosozialen und spirituellen Ebene.“³

Palliative Betreuung ist ein essenzieller Bestandteil der Krebstherapie und wird von Fachgesellschaften und Gesundheitsdienstleistern als solcher anerkannt. Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) empfiehlt die frühe Einbindung palliativer Betreuung zu einem Zeitpunkt am Beginn einer Krebserkrankung, um den Patienten zu ermöglichen, eine verbesserte Lebensqualität und Symptomkontrolle und möglicherweise sogar eine Lebensverlängerung zu erlangen.^{4,5} Patienten mit Krebs profitieren von palliativer Betreuung, unabhängig davon, wie weit fortgeschritten ihre Erkrankung ist.⁶ In der Vergangenheit wurde palliative Betreuung meist erst spät

im Krankheitsverlauf eingesetzt und mit Tod, Sterben und Hospizbetreuung assoziiert. Im letzten Jahrzehnt hat sich die Palliativmedizin unter die zehn am schnellsten wachsenden Subspezialisierungen in der Medizin katapultiert.⁷

Eine 2009 publizierte Studie konnte demonstrieren, dass die meisten Patienten mit Lungenkrebs häufig im Krankenhaus, ja sogar auf der Intensivstation verstarben. Diejenigen, die in ein Hospiz transferiert wurden, verstarben meist nach nur wenigen Tagen. Nur 8% dieser Patienten wurden palliativmedizinische Maßnahmen zugänglich gemacht, und wenn, dann erst am Lebensende oder während ihres letzten Spitalsaufenthalts.⁸ Ein ähnliches Zuweisungsmuster konnte generell für onkologische Patienten gezeigt werden.^{9,10}

In den letzten Jahren wurden daher Modelle entwickelt, um die frühe Integration von palliativer Betreuung in die Betreuung von Patienten mit weit fortgeschrittenen Krebserkrankungen zu fördern.^{11,12}

Einen wichtigen Aspekt einer frühen Integration stellt auch der Krankheitsverlauf dar. An Krebs erkrankte Menschen verzeichnen in den letzten Lebensmonaten eine deutliche Einbuße in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und benötigen am Lebensende meist ein hohes Ausmaß an Unterstützung. Diese unterscheidet Patienten mit onkologischen Erkrankungen von Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, bei denen dieser Prozess eher schleichend verläuft (Abb. 1).¹³

Die meisten Überweisungen an spezialisierte Palliativteams (SPC) erfolgen innerhalb von 30 bis 60 Tagen vor dem Tod.¹⁴

Grenzen und Herausforderungen der Integration palliativer Betreuung (Tab. 1)

Viele randomisierte kontrollierte Studien konnten einen signifikanten Benefit palliativer Betreuung zusätzlich zur onkologischen Therapie nachweisen (Tab. 2).

Verschiedene Modelle der Integration im Rahmen von ambulanter Betreuung, konsiliarischer Beratung und stationärer Betreuung durch Palliativteams haben gut funktioniert. Das beste Modell konnte noch nicht bestimmt werden. Die Daten der Betreuung von Patienten mit metastasiertem nicht kleinzelligem Lungenkarzinom und die Enable-II-Daten zeigen jedoch einen deutlichen Benefit durch eine frühe Integration palliativer Konzepte¹⁵⁻¹⁷ in Hinblick auf Lebensqualitätsverbesserung bzw. Gesamtüberleben (Tab. 2). Wie lassen sich diese Daten in die tägliche Praxis von Onkologen umsetzen? Es gibt einige Barrieren und Hindernisse für Onkologen, palliative Betreuungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Diese sollen hier im Detail angesprochen werden.

Barrieren (?) aus der Perspektive eines Onkologen

Ein Mangel an Kenntnissen und Bewusstsein für palliative Betreuung ist aus

Sicht von Onkologen der Hauptgrund für den mangelnden Zugriff auf palliative Betreuung.¹⁸ Eine effiziente Maßnahme, um bei Ärzten das Bewusstsein für und das Verständnis von Palliativmedizin zu erhöhen, ist die Implementierung von palliativmedizinischen Ausbildungskonzepten sowohl während des Studiums als auch während der Facharztausbildung.¹⁹⁻²¹

Eine der Befürchtungen von Onkologen, Patienten an Palliativmediziner „zu verlieren“ bzw. dass sich Patienten onkologischen Therapien frühzeitig entziehen könnten, hat sich in der Praxis nicht bestätigt.^{22, 23}

Onkologen spielen in der Integration von Palliativmedizin eine wichtige Rolle. Häufig werden belastende Symptome, wie zum Beispiel Schmerzen, von den Onkologen selbst therapiert, bevor der Patient einem Palliativmediziner zugewiesen wird.²⁴

Oft ist aufgrund fehlender Ressourcen nicht allen Onkologen ein leichter Zugang zu Palliativteams gewährt. Daher sind es Onkologen schon seit vielen Jahren gewöhnt, sich mit diversen Problemen der

Symptomkontrolle und palliativmedizinischen Maßnahmen auseinanderzusetzen.²⁵ Aus diesem Grund haben die meisten Basiskenntnisse der Palliativmedizin, welche eingesetzt werden, bevor ein Patient mit komplexen Symptomen zum Palliativmediziner zugewiesen wird. Effektive Kommunikation ist ein essenzieller Bestandteil der Integration palliativer Maßnahmen.^{26, 27}

Besprechungen mit dem Onkologen drehen sich meistens um die Gesamtprognose, Behandlungsoptionen und Nebenwirkungen. Das Konzept zusätzlicher palliativer Betreuung wird zwar oft angesprochen, von den Patienten aber nicht gerne angenommen, da eine Reihe von Vorurteilen gegenüber palliativen Betreuungskonzepten besteht. Dies stellt eine der Hauptbarrieren gegen eine erfolgreiche frühe Integration palliativmedizinischer Maßnahmen dar.

Obwohl das Ziel der Behandlung mit den Patienten bereits in den ersten Gesprächen besprochen wird, bestehen oft signifikante Missverständnisse in Hinblick auf

eben diese Ziele und die Prognose für den Patienten.²⁸ Die Behandlungsziele sollten während der gesamten Behandlung immer wieder neu besprochen und diskutiert werden, vor allem zu Zeitpunkten, zu denen sich die Prognose verändert.^{29, 30}

Können die von Anfang an hauptbehandelnden Onkologen diese Rolle voll und ganz alleine für die Patienten übernehmen? Die hauptbehandelnden Onkologen haben eine oft jahrelange Beziehung zu ihren Patienten und kennen die Einstellung ihrer Patienten gegenüber der Krankheit, deren Lebenspläne und möglicherweise auch deren Einstellung gegenüber dem Lebensende. Braucht man dann unbedingt noch einen Palliativmediziner? Genau diese Frage stellt oft eine Hemmschwelle für eine Überweisung zum Palliativmediziner dar.

In Bezug auf dieses Thema wurde vor einiger Zeit im „New England Journal of Medicine“ eine Diskussion publiziert, die sich mit der Frage auseinandersetzt, wer mit dem Patienten eine Patientenverfügung erarbeiten sollte: der medizinische

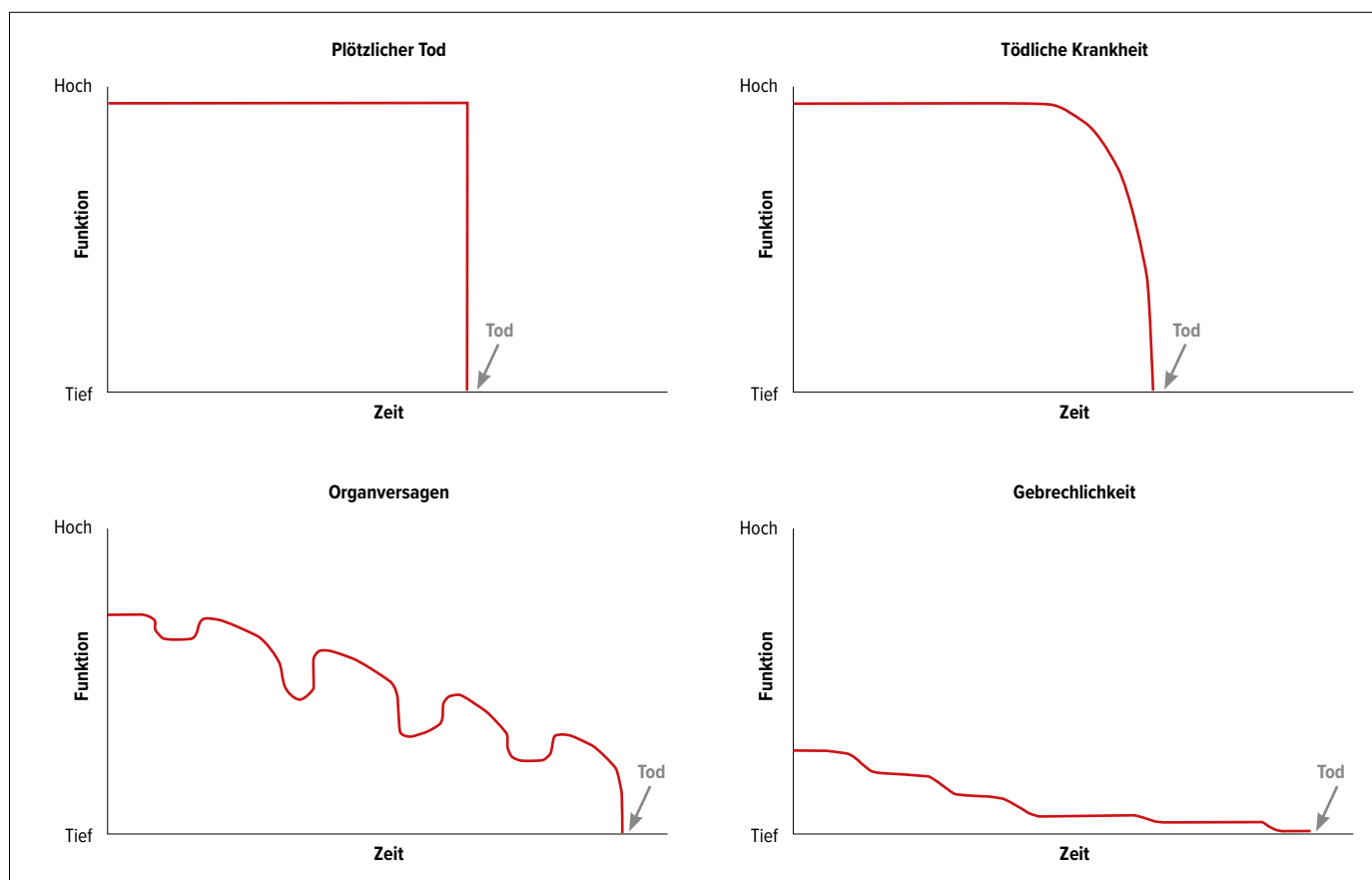


Abb. 1: Unterschiedliche Krankheitsverläufe (nach Lunney JR et al.¹³)

Barrieren	Bewältigungsstrategien
Wissenslücken in Bezug auf palliativmedizinische Maßnahmen und Betreuungskonzepte sowie Ressourcen von Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativmedizin in Lehre und Ausbildung integrieren • Pflichtrotation auf Palliativabteilungen während der onkologischen Zusatzausbildung etablieren • Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung
Fehlender Enthusiasmus für Palliativmedizin	Information über evidenzbasierte Studien, Forschungsergebnisse, Konzepte
Fehlende Kommunikation mit Patienten über palliative Versorgungsangebote	Mehr Information über Versorgungskonzepte für Onkologen, Patienten und Angehörige
Zu wenig verfügbare Palliativmediziner bzw. Versorgungsteams, um das Potenzial der frühen Integration voll auszuschöpfen	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Ausbildungsplätze für Palliativmediziner schaffen • Ressourcen für die Neubildung von Palliativteams unterstützen
Vorbehalte von Patienten und Angehörigen bzw. der Gesamtbevölkerung gegenüber der Bedeutung palliativer Versorgung, Angst und Vorbehalte am Lebensende	Öffentlichkeitsarbeit, Gespräche
Verwechslung von Hospizversorgung und Palliativversorgung	Aufklärungsgespräche
Angst, vom Onkologen im Stich gelassen zu werden, wenn palliative Versorgung in Anspruch genommen wird	Aufklärungsgespräche
Fehlende Richtlinien für das Konzept der frühen Integration	Implementierung von nationalen Richtlinien für das Konzept der frühen Integration
Fehlende Forschungsförderung	Verstärkte Forschungsförderung

Tab. 1: Grenzen und Herausforderungen für eine erfolgreiche Integration palliativer Versorgung in onkologische Versorgungskonzepte (nach Zhi WI, Smith TJ¹)

Onkologe, der Hausarzt oder ein Palliativmediziner?³¹ Diese Frage ist derzeit Gegenstand von Diskussionen. Studien, die diese Frage untersuchen, sollten sowohl die Meinung verschiedener Fachleute als auch die von Patienten einholen. Ein Vergleichsbeispiel hierfür ist folgendes: Wann ist der Zeitpunkt gekommen, einen Patienten mit Trastuzumab-induzierter Herzinsuffizienz zum Kardiologen zu überweisen? Hier scheinen die Richtlinien klarer und einfacher zu sein als für die Frage, zu welchem Zeitpunkt der fortgeschrittenen Krebserkrankung ein Palliativmediziner hinzugezogen werden sollte.

Barrieren durch Ressourcenknappheit?

Der Zugang zu palliativmedizinischen Ressourcen kann für Onkologen durchaus limitiert sein, doch durch die zunehmende Bedeutung, die eine frühe Integration pal-

liativer Maßnahmen in die Onkologie bekommt, sind die Versorgungsangebote hierfür zunehmend vorhanden und müssen nur in Anspruch genommen werden, wenn Bedarf besteht.³²

Palliativmedizin ist eine der in den letzten zehn Jahren am schnellsten gewachsenen Subspezialitäten der Medizin, dennoch kann der Bedarf hierfür noch nicht gedeckt werden.³³ Es besteht daher die Notwendigkeit von mehr Palliativmedizinern und Palliativteams, um dem gesteigerten Bedarf gerecht zu werden.³⁴ Ein Mangel an Ressourcen darf keine Barriere gegen Zuweisung an Palliativmediziner durch Onkologen sein.

Barrieren durch Ängste in der Bevölkerung?

Ein wesentlicher Faktor für die Inanspruchnahme palliativmedizinischer Be-

treuungsangebote stellt die Sicht der Bevölkerung in Bezug auf das Thema selbst dar. Das Konzept palliativer Versorgung wird von Patienten mit Krebs und deren An- und Zugehörigen oft missinterpretiert. Die Angst vor Tod und Sterben wird oft mit dem Thema „Palliativ“ assoziiert. Zudem werden die Versorgungsangebote von Palliativmedizin mit Hospizbegleitung verwechselt. Nicht selten empfinden Patienten das Hinzuziehen eines Palliativteams als ein „Aufs-Abstellgleis-verfrachtet-Werden“. Patienten und deren An- und Zugehörigen sollte immer wieder vermittelt werden, dass gerade in den letzten zehn Jahren Studien zeigen konnten, dass durch palliative Versorgung nicht nur eine Verbesserung der Lebensqualität erzielt, sondern sogar das Überleben durch eben diese Mitversorgung verlängert werden kann.^{35, 36} Immer noch verbinden Patienten die Einbindung von Palliativteams mit Therapieabbruch und dem Gefühl, „austherapiert“ zu sein, und sie sind erstaunt, wenn sie erfahren, dass es möglich ist, sowohl onkologische Therapien als auch Palliativteams in Anspruch zu nehmen.

Eine der wichtigsten Maßnahmen, um eine vermehrte und frühzeitigere Anbindung zu palliativer Versorgung zu schaffen, scheint im Ansatz zu liegen, die Gesamtbevölkerung mehr über die Intentionen und Möglichkeiten palliativer Versorgung zu informieren. Dies kann durch moderne Medien genauso wie über Zeitschriften und Fortbildungen erfolgen.

Gesundheitspolitische Maßnahmen zur Überwindung dieser Barrieren

Das Gesundheitssystem befindet sich aktuell in einem Wandel in Bezug auf die frühe Integration palliativmedizinischer Maßnahmen. Die frühzeitige Integration palliativer Versorgung in die Behandlung onkologischer Patienten kann nicht nur die Lebensqualität und die Zeit dieser Menschen verbessern, sondern auch dabei helfen, Kosten einzusparen. Zudem kann das Modell der frühen Integration dazu beitragen, die Patientenzufriedenheit zu steigern und unter anderem unnötige Studien zu unterbinden, die die Lebensqualität der Patienten nicht verbessern. Es wäre wünschenswert, wenn in Europa in Anlehnung an die USA Anreize geschaffen werden, die

dazu führen, dass leitliniengerecht eine frühzeitige Anbindung an palliative Betreuung erfolgt. Die Förderung von Forschungsprojekten auf diesem Gebiet sollte massiv ausgeweitet, propagiert und von Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik unterstützt werden.³⁷

Onkologen und Palliativmediziner sollten verstärkt bei der Gestaltung diverser Studien und Projekte zu diesen Themen zusammenarbeiten, um die bereits vorhandenen Forschungsergebnisse zu den Vorteilen der frühen Einbindung palliativmedizinischer Maßnahmen zu unterstreichen. Dies könnte zur verbesserten Kollaboration zwischen Onkologen und Palliativmedizi-

nern führen, zu einer gesteigerten Patientenzufriedenheit, einer verbesserten Kommunikation und einer Verringerung von Kosten für das Gesundheitssystem.

Zusammenfassung und Ausblick

Es gibt mittlerweile genügend Evidenz dafür, dass die frühe Integration palliativer Konzepte die Betreuung von Krebspatienten unterstützen und verbessern kann, und zwar nicht nur in Hinblick auf die Symptomkontrolle, sondern auch auf das Gesamtüberleben. Dennoch stößt das Konzept der frühen Integration immer wieder an Grenzen und Barrieren.

Wie oben bereits erwähnt gibt es eine große Anzahl an Übersichtsartikeln, die sich mit der frühen Integration von Onkologie und Palliativmedizin befassen und die durchwegs zum Schluss kommen, dass durch frühe Integration palliativer Maßnahmen ein Benefit besteht.³⁸ Es gibt jedoch bislang keine allgemein anerkannten Beschreibungen des Inhalts von Palliativbetreuung, die integriert werden sollte, wie sie am besten integriert werden könnte oder was genau eine frühzeitige Integration ausmacht.³⁹

Derzeit läuft eine randomisierte Phase-II-Studie, in der die Machbarkeit einer standardisierten, frühzeitigen Palliativver-

	Gesamtüberleben	Lebensqualität	Psychologische Belastung	Patientenzufriedenheit	„End of life care“	Symptome	Kosten
Gade et al. ⁴³ : „Inpatient palliative care model“	Kein Unterschied	Kein Unterschied	Kein Unterschied	Höher mit Betreuung (p=0,04) und Kommunikation (p=0,0004)	Mehr Patientenverfügungen (p<0,001)	Kein Unterschied	Geringere Spitalskosten
Brumley et al. ⁴⁴ : „Home based palliative care model“	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,06)	Nicht gemessen	Verbessert (p<0,05)	Verbessert (p<0,001)	Nicht gemessen	Weniger Notaufnahmen (p=0,01) und Aufnahmen (p<0,001)
Bakitas et al. ^{15, 16} : „Outpatient clinic palliative care model ENABLE II and ENABLE III“	ENABLE II 14 versus 8,5 Monate (p>0,05); ENABLE III 18 versus 11,8 Monate (p=0,003)	Verbessert (p=0,02)	Weniger Depression (p=0,02)	Nicht gemessen	Kein Unterschied	Verbessert (p=0,06)	Weniger
Temel et al. ¹⁷ : „Early palliative care upon diagnosis in patients with metastatic NSCLC“	11,6 versus 8,9 Monate (p=0,02)	Verbessert (p=0,03)	Weniger Depression (p=0,01)	Nicht gemessen	Mehr Patientenverfügungen (p=0,05)	Verbessert (p=0,04)	Weniger aggressive Therapie (p=0,05)
Zimmermann et al. ⁴⁵ : „Early palliative care for patient with advanced cancer: a cluster-randomized controlled trial“	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,007)	Nicht gemessen	Verbessert (p<0,001)	Nicht gemessen	Verbessert (p=0,05)	Nicht gemessen
Higginson et al. ⁴⁶ : „Randomized fast track trial to test timing of palliative care referral and how long the effect is maintained for patients with multiple sclerosis“	Nicht gemessen	Verbessert	Nicht gemessen	Nicht gemessen	Nicht gemessen	Verbessert	Weniger

Tab. 2: Randomisierte kontrollierte Studien palliativer Betreuungskonzepte in Kombination mit onkologischer Behandlung

sorgung (STEP) für Patienten mit fortgeschrittenem Krebs und ihre Familien untersucht wird (ACTRN12617000534381).⁴⁰ Diese Ergebnisse erwarten wir mit Spannung.

Es ist für alle Onkologen relevant, über palliativmedizinische Basiskenntnisse zu verfügen. Bei spezielleren Fragen sollte ein Experte für Palliativmedizin hinzugezogen werden. Hingegen sollte es für Palliativmediziner, die hauptsächlich mit onkologischen Patienten zu tun haben, verpflichtend sein, sich ebenfalls auf dem neuesten Stand onkologischer Therapiemöglichkeiten zu halten. Rasante Entwicklungen in der Onkologie verändern die Therapielandschaft vor allem in Hinblick auf Überlebensdaten. Aufgrund dieser Entwicklungen auf dem Gebiet der Onkologie, die unter anderem dazu führen, dass auch Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung immer länger leben, wird auch die Entwicklung der onkologischen Palliativmedizin einem Wandel unterworfen sein.

Daher ist es enorm wichtig, dass einerseits Onkologen auf dem Gebiet palliativer Behandlungsoptionen ausgebildet werden und auch Palliativmediziner ständig auf dem neuesten Wissensstand in Bezug auf für sie relevante onkologische Therapien mit all ihren positiven Konsequenzen und Nebenwirkungen sind.

Um diese Barrieren zu überwinden und Krebspatienten einen frühen Zugang zu dieser lebensbejahenden, unterstützenden Betreuung zu gewährleisten, scheint es von besonderer Wichtigkeit, dass die Ergebnisse der rezenten Studien sich größerer Bekanntheit erfreuen, und dies sowohl bei Kollegen als auch bei Patienten, deren Angehörigen und der Bevölkerung im Allgemeinen.

ESMO-designierte Zentren für frühe Integration von Onkologie und Palliativmedizin

Die Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (European Society for Medical Oncology, ESMO) bietet seit 2004 ein Programm an, welches onkologischen Zentren, die Palliativmedizin integrieren, ermöglicht, sich für das Prädikat „ESMO Designated Centre of Integrated Oncology and Palliative Care“ zu bewerben.⁴¹ Zentren, die dieses Prädikat tragen dürfen,

müssen insgesamt 13 Kriterien erfüllen, die gewährleisten, dass palliative Betreuung routinemäßig in der Behandlung onkologischer Patienten etabliert ist. Zudem müssen an solchen Zentren die Ausbildung in palliativen Themen sowie die Forschung auf diesem Gebiet gewährleistet und nachgewiesen sein.

Auch in Österreich gibt es mittlerweile fünf Zentren, die diese Auszeichnung erhalten haben (LKH-Universitätsklinikum Graz, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinikum Krems, Kepler Universitätsklinikum Linz, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee). Genauere Informationen über das Programm finden sich unter <https://www.esmo.org/Patients/Designated-Centres-Working-Group>.

Erfolgreiche Integration von Onkologie und Palliativmedizin

Um erfolgreich zu sein, muss die Integration von Palliativmedizin in die Onkologie durch politische Entscheidungsträger auf allen Ebenen des Gesundheitswesens verankert werden, gefolgt von einer angemessenen Ressourcenallokation sowie der Bereitschaft, Ziele zu priorisieren, um Unterstützung für eine bessere Integration zu generieren.⁴² Die patientenzentrierte Versorgung sollte ein integraler Bestandteil der onkologischen Versorgung sein, unabhängig von der Prognose des Patienten und der Behandlungsabsicht.

Onkologen, Palliativmediziner, Palliativteams, Gesundheitsbeauftragte und Politiker sollten gemeinsam an einem Strang ziehen, um Patienten und ihren Angehörigen den Zugang zu palliativer Betreuung zu erleichtern und die Angst vor palliativer Begleitung zu nehmen. ■

Autorinnen:

OÄ Priv.-Doz. Dr. **Guadrin Kreye**¹

OÄ Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr.

Eva Katharina Masel, MSc²

¹ Abteilung für Palliativmedizin,
Klinische Abteilung für Innere Medizin 2,
Universitätsklinikum Krems
Karl Landsteiner Privatuniversität für
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Guadrin.Kreye@kreams.lknoe.at

² Abteilung für Palliativmedizin
Klinik für Innere Medizin I
Medizinische Universität Wien

Literatur:

- 1** Zhi WJ, Smith TJ: *Ann Palliat Med* 2015; 4(3): 122-31 **2** Davis MP et al.: *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2013; 144-50 **3** WHO: 2020. Online unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Abgerufen am 10. 4. 2020 **4** Smith TJ et al.: *J Clin Oncol* 2012; 30(8): 880-7 **5** Smith TJ, Schnipper LJ: *J Palliat Med* 1998; 1(3): 221-30 **6** Von Roenn JH: *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11(Suppl 1): S1-2 **7** Strand JJ et al.: *Minn Med* 2014; 97(6): 39-43 **8** Reville B et al.: *J Palliat Med* 2010; 13: 1261-6 **9** Sexauer A et al.: *J Palliat Med* 2014; 17(2): 195-9 **10** Mulvey CL et al.: *Head Neck* 2016; 38(3): 355-63 **11** Bauman JR, Temel JS: *J Natl Compr Canc Netw* 2014; 12(12): 1763-71; quiz 1771 **12** Parikh RB et al.: *N Engl J Med* 2013; 369(24): 2347-51 **13** Lunney JR et al.: *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6): 1108-12 **14** Davis MP et al.: *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2013; 144-50 **15** Bakitas M et al.: *Palliat Support Care* 2009; 7(1): 75-86 **16** Bakitas MA et al.: *J Clin Oncol* 2015; 33(13): 1438-45 **17** Temel JS et al.: *N Engl J Med* 2010; 363(8): 733-42 **18** Schenker Y et al.: *J Oncol Pract* 2014; 10(2): e37-44 **19** Roth M et al.: *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53(4): 647-51 **20** Ross DD et al.: *J Cancer Educ* 2004; 19(2): 81-7 **21** Lefkowitz C et al.: *Gynecol Oncol* 2014; 135: 255-60 **22** Head BA et al.: *J Palliat Med* 2014; 17(10): 1107-14 **23** Mougalian SS et al.: *J Support Oncol* 2013; 11(2): 95-102 **24** Rangachari D, Smith TJ: *Cancer J* 2013; 19(5): 373-8 **25** Reville B et al.: *J Palliat Med* 2013; 16(7): 786-9 **26** Johnson LA et al.: *Eur J Cancer Care (Engl)* 2013; 22(2): 202-9 **27** França JR et al.: *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(3): 780-6 **28** Granek L et al.: *J Oncol Pract* 2013; 9(4): e129-35 **29** van Vliet LM, Epstein AS: *J Clin Oncol* 2014; 32(31): 3474-8 **30** Grainger MN et al.: *Palliat Support Care* 2010; 8(4): 441-7 **31** Tolle SW et al.: *N Engl J Med* 2015; 372(7): 667-70 **32** Center to Advance Palliative Care: 2020. Online unter: <http://www.getpalliativecare.org>. Abgerufen am 10. 4. 2020 **33** Smith AK et al.: *J Palliat Med* 2013; 16(6): 661-8 **34** Schaefer KG et al.: *Acad Med* 2014; 89(7): 1024-31 **35** Connor SR et al.: *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(3): 238-46 **36** Kelley AS et al.: *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(3): 552-61 **37** Gelfman LP et al.: *J Palliat Med* 2013; 16(2): 125-9 **38** Holmenlund K et al.: *Palliat Support Care* 2017; 15(6): 724-40 **39** Kaasa S, Loge JH: *Lancet Oncol* 2018; 19(3): 280-1 **40** Philip J et al.: *Pilot Feasibility Stud* 2019; 5: 44 **41** Cherny N et al.: *Ann Oncol* 2010; 21(3): 615-26 **42** Kaasa S et al.: *Lancet Oncol* 2018; 19(3): e588-653 **43** Gade G et al.: *J Palliat Med* 2008; 11(2): 180-90 **44** Brumley R et al.: *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7): 993-1000 **45** Zimmermann C et al.: *Lancet* 2014; 383(9930): 1721-30 **46** Higginson IJ, Booth S: *Palliat Med* 2011; 25(8): 741-7