

Palliativversorgung

J. Gramm

Institut für Palliativpsychologie, Frankfurt am Main

Schlüsselwörter

Palliativversorgung, Hospizversorgung, Advance Care Planning, Multiprofessionalität

Zusammenfassung

Im Artikel wird der Stand der Palliativversorgung in Deutschland umrissen, wobei ein besonderes Augenmerk auf psychosoziale Aspekte gerichtet wird. Neben Neuerungen durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) oder das Konzept des Advance Care Planning (ACP) wird auf Entwicklungen bei Nichttumorerkrankungen und der pädiatrischen Palliativversorgung eingegangen. Auswirkungen des Sterbehilfegesetzes auf die Palliativversorgung werden diskutiert. Kritisch wird die Umsetzung von Multiprofessionalität betrachtet, die zwar innerhalb der Fachgesellschaft kultiviert wird, in der Versorgungsrealität jedoch hinter den Ansprüchen zurückbleibt.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Jan Gramm
Institut für Palliativpsychologie
Geleitstr. 14, 60599 Frankfurt am Main
jan.gramm@palliativpsychologie.de

Keywords

Palliative care, hospice, advance care planning, multiprofessionalism

Summary

The article outlines the status of palliative care in Germany, with a particular focus on psychosocial aspects. In addition to innovations from the Hospice and Palliative Law (HPG) or the concept of Advance Care Planning (ACP), developments in non-tumor diseases and pediatric palliative care are discussed. Impact of the euthanasia law on palliative care is discussed. Critically, the implementation of multiprofessionalism is considered, which is cultivated within the professional society, but remains behind the demands in the supply reality.

Palliative care

Nervenheilkunde 2017; 36: 993–996
eingegangen am: 8. Juni 2017
angenommen am: 26. September 2017

besonderes Augenmerk wird dabei auf psychosoziale Aspekte gerichtet.

Das palliative Selbstverständnis – zwischen Idealismus und Realismus

Zunächst fällt auf, dass sich der Begriff „Palliativversorgung“ etabliert hat (1), während noch vor wenigen Jahren eher von „Palliativmedizin“ oder „Palliative Care“ gesprochen wurde. Man mag bedauern, dass das englische „Care“ mit „Versorgung“ nur unzureichend widergegeben und ein palliatives Kernelement – die ganzheitliche Umsorgung – dadurch in der Benennung verloren geht, aber wahrscheinlich hat nicht zuletzt die Formulierung von gesetzlichen Regelungen die Notwendigkeit eines prägnanten deutschen Begriffs erfordert. So spiegelt sich schon in der Diskussion um die Begrifflichkeit das Spannungsfeld zwischen Idealismus und Realismus wider – ein Grundthema im palliativen Feld, in welchem ausgeprägte persönliche und ethische Werte oft genug mit der Behandlungswirklichkeit kollidieren. Auch wenn die Neutralität des Begriffs *Palliativversorgung* in Bezug auf das palliative Selbstverständnis nachteilig sein mag, so ist er doch stimmig hinsichtlich struktureller oder organisatorischer Fragen, wenn es um Multiprofessionalität geht.

Das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Durch das HPG vom 01.12.2015 soll die Situation überall dort verbessert werden, wo Menschen sterben. Neben der spezialisierten Palliativversorgung soll dadurch die allgemeine Palliativversorgung gestärkt werden. So verbessert das HPG die hospizliche Versorgung, indem etwa ein höherer Anteil der Hospizkosten erstattet wird (was den Hospizen zugute kommt, denn die Patien-

Palliativversorgung im Jahr 2017

Die Palliativversorgung hat sich, 34 Jahre nach Eröffnung der ersten Palliativstation, im deutschen Gesundheitssystem etabliert. Diese Entwicklung wird durch verschiedene Marksteine belegt, etwa die Implementierung der ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007, das „Patientenverfügungsgesetz“ sowie die Verankerung der Palliativmedizin als Querschnittsfach im Medizinstudium 2009, die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ im Jahr 2010 (die 2016 in Handlungsempfehlungen im Rahmen der Nationalen Strategie mündete), schließlich das „Sterbehilfegesetz“ (§217

StGB) und – damit einhergehend – das „Gesetz zur Stärkung der Palliativ- und Hospizversorgung“ (HPG) sowie die „S3-Leitlinie Palliativmedizin“ im Jahr 2015.

Auf der Ebene der Institutionen und Einrichtungen könnte man aus organisationspsychologischer Perspektive sagen, dass der Übergang von der Pionier- in die Differenzierungsphase vollzogen wurde. Das heißt nicht, dass die Ziele der Palliativversorgung – etwa eine flächendeckende Versorgung – erreicht wären. Aber doch, dass Wege gebahnt wurden, das Feld sich immer mehr differenziert, und Palliativexperten zunehmend Gehör finden.

In diesem Beitrag sollen Tendenzen vorgestellt werden, die in der Palliativversorgung verfolgt oder diskutiert werden. Ein

ten respektive Gäste müssen für die Unterbringung sowieso nichts bezahlen) oder die ehrenamtliche Hospizarbeit gestärkt wird. Außerdem wird durch das HPG die Implementierung der Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen gebahnt, der Anspruch auf individuelle Beratung durch die gesetzlichen Krankenkassen festgeschrieben, sowie die Finanzierung von multiprofessionellen Palliativdiensten in Krankenhäusern geregelt.¹

Aus psychologischer Perspektive muss kritisch angemerkt werden, dass zwar die Palliativversorgung insgesamt und die Palliativpflege im Besonderen durch das HPG gestärkt, psychosoziale Berufsgruppen jedoch praktisch gar nicht erwähnt werden. Wie bislang auch schon, wird Palliativversorgung in den Gesetzen weiterhin biprofessionell (Ärzte und Pflegekräfte plus Ehrenamtliche) geregelt. Die im psychosozialen Bereich bestehende Unterversorgung wird damit untermauert.

Erweiterung und Spezifizierung der Versorgung

Je mehr die Palliativversorgung an Breite gewinnt, desto weiter öffnet sich das Anwendungsfeld. Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) spiegelt die Gründung von Arbeitsgruppen zu spezifischen Themen diese Entwicklung wider (2), etwa zu den Themen „Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin“, „Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“ oder „Palliativversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“.

Dass der Großteil der palliativ betreuten Patienten in der Onkologie angesiedelt ist, hat historische Gründe, liegt aber sicher in den unterschiedlichen Krankheitsverläufen begründet, bei denen der Übergang in die palliative Phase nur schwer zu fassen ist. Der Anteil an Nichttumor Erkrankungen (Patienten mit neurologischen, Lungen- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) in der Palliativversorgung nimmt jedoch kontinuierlich zu. So verstärkt sich der interdisziplinäre Austausch mit immer mehr Fachgebieten wie Geriatrie, Neurologie oder Kardiologie. Damit verbunden ist das Konzept der „early integration“, also der frühzeitigen Einbindung von Palliativversorgung, etwa in Form eines schon zu Beginn einer chronischen Erkrankung angesetzten Beratungsgesprächs oder der Hinzuziehung von Palliativmedizinerinnen bei komplexer Symptomatik.

Das bedeutet auch, dass in die Palliativversorgung eingebundenen Professionen sich zunehmend Fachwissen aus diesen Disziplinen aneignen, über Spezifika anderer Nichttumor Erkrankungen, deren Verläufe und Behandlungsformen Bescheid wissen müssen. So müssen etwa Psychologen über neuropsychologisches Wissen verfügen, um adäquat mit Patienten und deren Umfeld vor dem Hintergrund von Parkinson, ALS oder Demenz arbeiten zu können.

Aber auch hinsichtlich onkologischer Patienten verändert sich das Verhältnis und das Ineinanderverhalten von Palliativversorgung und Onkologie. Durch die neuen Therapieverfahren „verschwimmt“ die Grenze zwischen kurativ und palliativ immer mehr, indem etwa ambulant verabreichte Präparate mit weniger Nebenwirkungen auch im fortgeschrittenen Stadium zur Symptomkontrolle eingesetzt werden können. So müssen Palliativmediziner lernen, dass bei manchen Palliativpatienten die Hauptbetreuung durch den Onkologen erfolgt, während umgekehrt manche Onkologen die Verknüpfung von Palliativversorgung mit „Hoffnung aufgeben“ lösen müssen, damit eine frühe Einbindung möglich wird (3). Die Frage nach der Indikation für Palliativversorgung und nach dem richtigen Zeitpunkt der Einbindung stellt sich somit letztlich bei jedem einzelnen Patienten wieder neu (4).

Pädiatrische Palliativversorgung

Auch in diesem Feld verbessert sich die Versorgungslage. Neben den Kinderhospizen gibt mittlerweile einige SAPPV-Teams (Spezialisierte Ambulante pädiatrische Palliativversorgung). Neben dem seit 2010 bestehenden Kinderpalliativzentrum in Datteln wurde 2016 eine Kinderpalliativstation in München eröffnet. Von einer flächendeckenden Versorgung kann nicht gesprochen werden, denn die Versorgung von Kindern unterscheidet sich hinsichtlich der Krankheitsbilder und der Versorgungsdauer erheblich von der Palliativversorgung von Erwachsenen, weshalb nicht beides „aus einer Hand“ erfolgen kann. Da in der pädiatrischen Palliativversorgung der Anteil an onkologischen Erkrankungen mit 13% relativ gering ist (5), erfolgt die psychologische Versorgung nicht durch die Psychoonkologie.

Advance Care Planning (ACP)

Das Konzept der vorausschauenden Versorgungsplanung, das in Deutschland unter der Bezeichnung „Behandlung im Voraus planen“ etabliert wird, soll die Umsetzung des Patientenwillens im Sinne der Selbstbestimmung ermöglichen. Letztlich spiegelt dieses Konzept eine unschöne Seite des medizinischen Systems, nämlich dass Patientenverfügungen häufig missachtet werden, über angesetzte Behandlungen nicht gut informiert wird, die Kommunikation zwischen Behandlern und Patienten, aber auch zwischen Behandlern untereinander unzureichend ist. ACP ist zwar kein genuin palliatives Konzept, deckt sich aber mit dem palliativen Ziel, ein Sterben nach den Bedürfnissen und dem Willen des Patienten zu ermöglichen, wobei die frühzeitige Einbindung von Palliativversorgung (early integration) ein wichtiger Baustein dafür sein mag. Für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen werden durch das HPG (§132g SGB V) die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von ACP konkretisiert (6). Durch vergütete individuelle Fallbesprechungen, Beratungen hinsichtlich der Sterbephase, Notfallpläne und Absprachen mit anderen Behandlern

1 Die Inhaltsangabe zum Gesetz im Wortlaut: „Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung in der Regelversorgung, Erweiterung bestehender Mitteilungspflichten, Stärkung der Palliativpflege, Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Förderung des weiteren Ausbaus der SAPV in ländlichen Regionen, Stärkung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit, Sterbebegleitung, Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung, Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen, Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Anreize für ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot zur Betreuung in der letzten Lebensphase, Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern“ Zugriff am 06.05.2017 unter <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/667/66754.html>

sollen unnötige und ungewollte Notarzteinsätze sowie Krankenhauseinweisungen vermieden und der Umfang nicht indizierter und unerwünschter Therapien am Lebensende reduziert werden. Ob dieses Potenzial in der Versorgungsrealität ausgeschöpft werden wird, wird von der Qualität der Umsetzung abhängen. So fordert die DGP explizit die Ausbildung von Palliativberatern, um der Diskrepanz zwischen gesetzlicher Regelung und praktischer Umsetzung entgegenzuwirken (7). Denn letzten Endes ist ausschlaggebend, wie die Kommunikation vor Ort *tatsächlich* erfolgt. Die Erfahrung mit Patientenverfügungen zeigt, dass diese ihr Ziel verfehlen, wenn sie als konkrete Behandlungsanweisung oder juristische Absicherung verstanden werden. Vielmehr stellt eine Patientenverfügung ein Kommunikationsinstrument im Dienste der Selbstbestimmung des Patienten dar. Für eine gelingende Kommunikation braucht es aber Kompetenz. Eine strukturell verankerte vorausschauende Versorgungsplanung wird diesen Aspekt nicht ausgleichen, wenn sie nicht auf Kommunikationskompetenz beruht.

Insofern wäre es durchaus sinnvoll auch Vertreter der psychosozialen Berufsgruppen einzubinden. Denn es geht nicht vorrangig um die Weitergabe von Informationen, sondern vor allem um schwierige Entscheidungsfindungsprozesse, die häufig von Ambivalenz-, Angst- und Unsicherheitsgefühlen begleitet werden.

Sterbewunsch und Sterbehilfe

Der Wunsch nach vorzeitigem Sterben wird von relativ vielen Patienten in der Palliativversorgung geäußert. Es gibt hierzu einige Studien, die sowohl die dahinterliegenden Bedürfnisse beleuchten als auch Ansätze zum Umgang mit dem Sterbewunsch beschreiben. Auch wenn innerhalb der DGP das Thema Sterbehilfe bzw. assistierter Suizid durchaus kontrovers diskutiert wird, so vertritt die klare Mehrheit eindeutig die Position, dass dies weder Aufgabe der Palliativmedizin, noch mit den Werten palliativen Handelns zu vereinbaren sei (8, 9). Auch hier bestehen hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz der Behandler, wenn der Sterbewunsch

beim Patienten weiterhin dringlich bleibt, die eigene Haltung es aber verbietet diesem Wunsch nachzukommen. Und selbst wenn ein Palliativmediziner bereit dazu ist Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, erfordert die Entscheidungsfindung ein hohes Maß an ethischer und kommunikativer Kompetenz sowie eine ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion (abgesehen davon, dass er womöglich mit der für ihn zuständigen ärztlichen Berufsordnung in Konflikt gerät).

Der Konflikt zwischen grundsätzlich nicht verbotener Beihilfe zur Selbsttötung und der ärztlichen Berufsordnungen wurde auch durch das sogenannte „Sterbehilfegesetz“ (§217 StGB) aus dem Jahr 2015 nicht geregelt. Die im Rahmen der Palliativversorgung angewendeten Maßnahmen wie Sterben zulassen, palliative Sedierung oder freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit („Sterbefasten“) werden durch das Verbot „geschäftsmäßiger Förderung von Selbsttötung“ nicht berührt (10).

Man kann das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 bezüglich des Zugangs zu Betäubungsmitteln zur Selbsttötung in extremen Ausnahmesituationen als Fortführung der Sterbehilfedebatte verstehen. Denn auch mit diesem Urteil wird nicht wirklich etwas geregelt, sondern es werden Fragen aufgeworfen, beispielsweise, wann eine Lebenssituation als „unerträglich“ einzustufen ist – und wer das beurteilen soll. In der palliativen Versorgungspraxis werden sich jedenfalls Patienten mit Sterbewunsch wohl auf dieses Urteil berufen, denn in der Urteilsbegründung wird eindeutig eine palliative Situation beschrieben.² Hier kollidiert eine juristische Auslegung des Selbstbestimmungsrechts mit der Ethik und der Praxis der Palliativversorgung. Die DGP hat sich dementsprechend in einer Pressemitteilung eindeutig kritisch zu diesem Urteil geäußert (11).

2 Der 4. Leitsatz lautet: „Eine extreme Notlage ist gegeben, wenn – erstens – die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, – zweitens – der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm – drittens – eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.“

Der Umgang mit dem Sterbewunsch und die Positionierung zur Sterbehilfe wird zukünftig ein zentrales Thema in der Palliativversorgung bleiben, nicht zuletzt, weil einige unserer europäischen Nachbarländer gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe eingeführt haben und somit der Druck in Richtung (vermeintlicher) gesetzlicher Regelung medizinischen Tuns wächst.

Multiprofessionalität

Von Beginn an ist Palliativversorgung mit dem Konzept der Multiprofessionalität verknüpft, denn der bio-psycho-sozio-spirituelle Ansatz erfordert die Einbindung von Fachpersonen mit entsprechender Expertise in der jeweiligen Dimension. Dieser Anspruch wird in der Praxis allerdings nur bedingt umgesetzt, denn weder für Palliativstationen noch für ambulante Palliativteams gibt es klare gesetzliche Regelungen darüber, welche Professionen konkret neben Ärzten und Pflegekräften zum Palliativteam gehören sollen. Klarheit besteht hingegen hinsichtlich der Einbindung von ehrenamtlichen Hospizhelfern. Offensichtlich besteht in der Medizin – und das bezieht sich durchaus auch auf die Palliativmedizin – wenig Bewusstsein für die Notwendigkeit professioneller Expertise aus dem psychosozialen Bereich. Auf der Kostenerstattungsseite wird Palliativversorgung jedenfalls vornehmlich biprofessionell gedacht – und das wird sich vermutlich auch so schnell nicht ändern.

Veränderungen sind aber auf inhaltlich-konzeptioneller Ebene sichtbar: Seit 2012 organisiert sich die DGP über professions-spezifische Sektionen statt über Arbeitskreise zu verschiedenen Behandlungsbereichen. Arbeitsgruppen müssen multiprofessionell besetzt sein. Auch in der Begrifflichkeit drückt sich als Multiprofessionalität eher in „Palliativversorgung“ aus, denn in „Palliativpharmazie“ oder „Palliativmedizin“ – an deren Seite sich die „Palliativpflege“ oder die „Palliativpsychologie“ gesellt. Auf dem Mitgliedertag der DGP 2016 wurde in einer Plenumsdiskussion darüber nachgedacht, ob eine Umbenennung der Gesellschaft in „Deutsche Gesellschaft für Palliativversorgung“ stimmig wäre.

Am deutlichsten und am nachhaltigsten vollzieht sich die „Professionalisierung“ der einzelnen in die Palliativversorgung eingebundenen Berufsgruppen jedoch in der Ausarbeitung der Palliative-Care-Weiterbildungen. Inzwischen gibt es einige berufsgruppenspezifische Curricula, z. B. für Physiotherapeuten, Psychologen oder Sozialarbeiter. Ebenso werden von den einzelnen Professionen Berufsbilder formuliert. Auch die Studienlage zu psychosozialen Versorgungsthemen im Palliativbereich verbessert sich.

Ein Thema, das neuerdings diskutiert wird, um möglichen Anforderungen durch die Krankenkassen zuvorzukommen, ist die Kostenerstattung für die Angehörigenarbeit. Denn die Einbeziehung der Angehörigen – oft auch im Familiensetting, was einem systemischen Behandlungsverständnis entspricht – wird zwar schon in der WHO-Definition von Palliative Care als selbstverständlich und unabdingbar vorausgesetzt, widerspricht aber der Kostenerstattungslogik unseres Gesundheitssystems. Denn dieses kennt nur Behandlungsleistungen, die innerhalb einer Behandler-Patienten-Dyade erbracht wird. Auch hier zeigt sich, dass Gesundheitsversorgung einem rein medizinischen Verständnis von Krankheit folgt, bei welchem diese im Individuum verortet wird. Die soziale Dimension und somit auch die psychosoziale Behandlungslogik wird nicht abgebildet.

Spezifische Entwicklungen in der (Palliativ)Psychologie

Auf vielen Palliativstationen sind Psychoonkologen involviert, wobei einige fest ins Palliativteam integriert sind und einige konsiliarisch bei Bedarf hinzugerufen werden. Auf einigen Stationen gehören Psychologen zum Team, ohne dass diese gleichzeitig in die Psychoonkologie eingebunden sind (ungefähr die Hälfte der Psychologen in der DGP haben eine Weiterbildung in Psychoonkologie). Aufgrund des Bedarfs nach einer spezifischen Palliativweiterbildung für Psychologen wurde 2013 ein Curriculum entwickelt und seither werden auch regelmäßig DGP-zertifizierte Palliativkurse für Psychologen angeboten. Diese werden gleichermaßen von Psycho-

logen mit und ohne psychoonkologische Weiterbildung belegt und für gewinnbringend erachtet. Die anfängliche Skepsis seitens mancher Psychoonkologen gegenüber der sich neu formierenden Palliativpsychologie ist einem wertschätzenden Miteinander gewichen. So wurde 2016 das „Berufsbild des Palliativpsychologen“ in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo e. V.) und der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) erstellt (12). In der Kurzfassung wurde es auch vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen in den Katalog der psychologischen Berufsbilder aufgenommen (13).

Auf inhaltlicher Ebene weckt eine psychologische Kurzintervention Interesse: Die Würdezentrierte Therapie (Dignity Therapy) von Harvey M. Chochinov. Obwohl schon 2005 publiziert und einigen Psychoonkologen und Palliativpsychologen seit langem bekannt, wurde durch eine Fachtagung im November 2014, auf der H. Chochinov erstmals persönlich in Deutschland zu hören war, regelrecht ein Begeisterungsfeuer entflammt. Inzwischen werden regelmäßig Workshops angeboten, die kanadische Website (dignityincare.ca) wurde ins Deutsche übertragen (14), Chochinovs Buch „Final Words for Final Days“ in Deutsche übersetzt und schließlich die „Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V.“ gegründet, um dem Ganzen einen Rahmen zu geben.

Die Erfahrungen aus den Workshops zeigen, dass für die Durchführung der Würdezentrierten Therapie zwei genuin psychologische Themenkomplexe unabdingbar sind: Kompetenz in Gesprächsführung sowie Selbsterfahrung bzw. Selbstreflexion. Neben spezifischem Fachwissen können diese zwei Bereiche wohl grundlegend als Grundpfeiler einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung insgesamt gelten.

Interessenkonflikt

Der Autor ist Anbieter der im Text erwähnten Weiterbildung „Palliative Care für Psychologen“.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf
2. <http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/dgp-arbeitsgruppen.html>
3. AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (Gemeinsame Stellungnahme, 2015). Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie. https://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/patientenversorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf
4. Maier BO. Zukünftige Herausforderungen der Palliativversorgung. In: Berthold D, Gramm J, Gaspar M, Sibelius U (Hrsg.). Psychotherapeutische Ansätze am Lebensende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2017.
5. Führer M. Pädiatrische Palliativversorgung: Eine gefährdete Erfolgsgeschichte Dtsch Arztebl 2014; 111(17): A-736/B-636/C-610.
6. Gesetz vom 01.12.2015 – Bundesgesetzblatt Teil I 2015 Nr. 48 07.12.2015 S. 2114 / 27.11.2015 – BR-Drucksache 519/15(B).
7. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Stellungnahme zum Palliativbeauftragten (29.04.2015). https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20150429_DGP_Stellungnahme_Palliativbeauftragte_1.pdf
8. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Ärztlich assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Veröffentlichung 2014). http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf
9. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Pressemitteilung vom 22.09.2015. <http://www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/2015-09-22-10-57-50.html>
10. Bundesärztekammer. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. Dtsch Arztebl 2017; 114(7): A-334/B-290/C-286.
11. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. DGP zu Sterbehilfe – Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts: „Schritt in die falsche Richtung“. Pressemitteilung vom 03.03.2017. http://www.dgpalliativmedizin.de/images/PM_20170303_DGP_zum_Urteil_Bundesverwaltungsgericht.pdf
12. Sektion Psychologie der DGP. Palliativpsychologie – Berufsbild für Psychologinnen und Psychologen in der Palliativversorgung (2016). http://www.dgpalliativmedizin.de/images/Berufsbild_PalliativpsychologIn_DGP_2016.pdf
13. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.). Berufsbild Psychologie. Psychologische Tätigkeitsfelder. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage 12/2016 <https://www.bdp-verband.de/bdp/archiv/berufsbild-psychologie.pdf>
14. www.patientenwuerte.de