

An den
Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

19.06.2020

Stellungnahme der Neuropalliativen Arbeitsgemeinschaft – eine gemeinsame Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Gesetzesentwurf „Regulierung der Suizidassistentz in Deutschland“

Sehr geehrter Herr Bundesgesundheitsminister,

die Neuropalliative Arbeitsgemeinschaft (NPA) möchte zur Neuregelung der Suizidassistentz in Deutschland Stellung nehmen. Die NPA ist eine gemeinsame Kommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die aus Neurologinnen und Neurologen sowie Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern besteht, die einen besonderen Fokus auf die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen legen. Wir danken Ihnen für den breiten Aufruf zu einer Stellungnahme.

Das Wichtigste der Stellungnahme und die Position der Fachgruppe kurz zusammengefasst

Deutsche Bürger mit neurologischen Erkrankungen wie beispielsweise Demenz, amyotrophe Lateralsklerose, Morbus Parkinson oder schwerer Multipler Sklerose suchen häufiger als Krebspatienten den Sterbehilfeverein DIGNITAS in der Schweiz für eine Suizidbeihilfe auf.

Als Neurologen und Palliativmediziner akzeptieren wir die Entscheidungshoheit des Einzelnen über sein eigenes Leben, einschließlich der bilanzierten Entscheidung, dieses selbst zu beenden.

Die Beihilfe zur Selbsttötung – wie sinngemäß durchgehend in den Ärztekammern Deutschlands beschrieben – soll nicht Teil unseres ärztlichen Handelns sein.

Mit dem 2015 in breitem parlamentarischem Konsens beschlossenen §217 StGB sind wir trotz des aktuellen Urteils des Bundesverfassungsgerichts sehr einverstanden und teilen grundsätzlich die Position eines Verbots der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe.

Wir sind besorgt, weil ein ungehinderter Zugang zu Sterbehilfevereinen das Problem einer Zunahme von Suiziden birgt, ohne dass ausreichend neurologische, palliativmedizinische oder hospizliche Angebote in Anspruch genommen wurden. Wir sehen das Risiko, dass es zu vermehrten Suizidwünschen aufgrund mangelhafter Versorgungssituationen kommen könnte.

Wir empfehlen Ihnen im Rahmen der Regulierung der Suizidassistentz in Deutschland und bei der Neufassung eines §217 StGB die Einbindung eines Fachvertreters oder einer Fachvertreterin speziell mit neuropalliativer Expertise und bieten hier unsere Unterstützung an.

Im Jahr 2015 wurde parallel zur Regelung der Suizidassistentz (§217 StGB) mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eine strukturelle Verbesserung des Zugangs zu Palliativstrukturen angestrebt. Wir empfehlen für die Revision des §217 erneut parallel eine weitere und umfassende Stärkung dieser Strukturen in Forschung, Lehre und Praxis.

Hintergrund

Wir erachten das Thema als ein sehr wichtiges und uns vertrautes, da gerade Menschen mit neurologischen Erkrankungen nicht selten den Wunsch nach Sterbehilfe und assistiertem Suizid äußern. Wie sehr diese Personen an den Tod und das damit verbundene Sterben denken, zeigt beispielsweise das kürzlich erschienene Buch der 27-jährigen an Amyotropher Lateralsklerose erkrankten Patientin Sarah Braun „Leben und gleichzeitig Sterben“. Sarah lebte jahrelang tapfer mit der Krankheit, die eine zunehmende Lähmung aller Körpermuskeln nach sich zieht. Jetzt aber hat sie das Gefühl, dass sie allen zur Last fällt. Anhand der Krankheitsgeschichte von Sarah kann gut nachvollzogen werden, welche Herausforderungen Menschen zum Nachdenken über Sterbehilfe bewegen, die an neurologischen Krankheiten leiden. Diese möchten wir im Folgenden schildern.

Die medizinische Versorgung neurologischer Patienten am Lebensende ist unzureichend

1. Neurologische Patienten fallen oft durch die Netze der Versorgung

Viele Menschen mit neurologischen Erkrankungen fallen durch das medizinische Versorgungsnetz in Deutschland. Neurologische Patienten leiden häufig nicht nur unter einem Symptom, sondern Symptomkomplexen (z.B. Lähmungen und Störungen der Orientierung/Gedächtnis und/oder der Sprache). Den mannigfachen Bedürfnissen kann man in den derzeitigen Versorgungsstrukturen nicht gerecht werden, da die Zeit fehlt und notwendige Medikamente und Behandlungen von den Kassen nicht oder nur mit großer zeitlicher Verzögerung (und dann in der Regel zu spät) zur Verfügung gestellt werden. Im Gegenteil, sie müssen oft bei jedem Patienten neu und wiederholt begründet werden, beispielsweise ein Rollstuhl oder ein Sprechcomputer bei Menschen mit Amyotropher Lateralsklerose. Dabei ist bei dieser Erkrankung klar, dass alle Patienten irgendwann nicht mehr gehen und/oder sprechen können.

Die Umsetzung der in SGB V, Paragraph 119c, gesetzlich definierten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB), die ideal für eine transdisziplinäre Versorgung der häufig auch schwer mehrfachbehinderten neurologischen Patienten wären, wird auf verschiedenen Ebenen in Zulassungsausschüssen, Berufungsausschüssen und Vertragsverhandlungen durch die Kostenträger eingeschränkt und blockiert. Die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNFR) wird nicht im erforderlichen Maß angeboten; in Niedersachsen/Bremen erhalten zum Beispiel nur unter 50% der für die NNFR angemeldeten Patienten eine solche (Roesner et al. 2019). Der mangelhafte Ausbau dieser Kapazitäten verwundert angesichts der Tatsache, dass nicht wenige neurologisch erkrankte Menschen nach Abschluss einer neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation von einer Beatmung entwöhnt und dekanüliert werden können und dann oft keine ambulante Intensivpflege mehr benötigen. Die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen ist der Organisation der NNFR nicht angemessen und wird zu einer weiteren Verknappung der Behandlungskapazitäten und somit zu einer weiteren Zunahme außerklinisch intensivpflegeabhängiger Patienten führen, was wiederum den Pflegepersonalmangel unterhält (Platz et al. 2020). Das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPREG) zielt in der vorgesehenen Form zwar auf die Förderung der geriatrischen Rehabilitation ab, jedoch nicht auf die Förderung der NNFR, deren konsequente Umsetzung – im Gegensatz zur geriatrischen Rehabilitation – die Fallzahlen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege erheblich senken kann.

2. Die palliativmedizinische Versorgung neurologischer Patienten ist unzureichend

Sehr häufig können die Menschen mit neurologischen Erkrankungen nicht von den bestehenden palliativmedizinischen Strukturen versorgt werden. Nur wenige Palliativstationen und Hospize in Deutschland versorgen Menschen mit neurologischen Erkrankungen wie der Parkinsonkrankheit oder der Multiplen Sklerose und daher sind diese Patienten regelmäßig nur gering in der stationären Palliativ- oder Hospizversorgung vertreten.

Ein Grund für die Minderversorgung liegt sicherlich in den schwer vorherzusehenden Krankheitstrajektorien und der damit verbundenen oft unmöglichen Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit der Patienten. Das ist aber ein wichtiges Kriterium, nicht nur, um beispielsweise in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), sondern auch um in ein Hospiz aufgenommen zu werden. In Deutschland ist es

beim Ausstellen einer Hospizfähigkeitsbescheinigung eine Voraussetzung, dass die Prognose des Betroffenen bis zu 6 Monate beträgt. In der Praxis bedeutet dies, dass ein Patient in einem Hospiz sofern ein Verlängerungsantrag abgelehnt wird auch nach 6 Monaten gestorben sein sollte; andernfalls muss er wieder ausziehen. Natürlich gelingt es häufig, die verbleibende Lebenszeit abzuschätzen - bei Patienten mit Krebserkrankungen ist das meistens einfacher – aber manchmal kann nicht vorhergesagt werden, wie viele Monate der Mensch noch zu leben hat. Dann ist nach aktuellen Kriterien bereits ein Zugang zu einer stationären hospizlichen Versorgung begrenzt oder ausgeschlossen. Ebenso ist für schwer neurologisch erkrankte Erwachsene im Gegensatz zu schwer neurologisch (oder anders) erkrankte Kindern in Erwachsenen-Hospizen keine sogenannte „respite care“ möglich, um Angehörige, die oft über Jahre ihre kranken Angehörigen begleiten und regelmäßig an ihre Grenzen kommen, vorübergehend zu entlasten. Die Aufnahmebedingungen für diese Menschen sind unzureichend. Besondere Maßnahmen wie eine Beatmung werden weder auf Palliativstationen noch in Hospizen durchgeführt; das versperrt einigen Patienten den Weg dorthin.

Auch die Versorgung durch die SAPV ist zeitlich begrenzt und viele Patienten fallen dann nach einigen Wochen wieder aus der Versorgung heraus. Dabei besteht ein Rechtsanspruch auf SAPV.

Eine notwendige 1:1 „24-Pflege“, die für zahlreiche schwerkranke neurologische Patienten erforderlich ist, um sie adäquat zu versorgen und ihnen so auch die Möglichkeit zu geben, in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu verbleiben, wird in der Regel nicht von der Krankenkasse finanziert, es sei denn es liegt die Indikation und der Wille des Patienten zur Beatmung vor. Dies führt manchmal zu der unglücklichen Entscheidung, dass der Patient nur aus diesem Grund eine Beatmung wünscht.

Auf diese kontinuierlich drängenden Punkte haben wir bereits auf Kongressen sowie in 2017 in unserem Artikel „Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Patienten“ in der *Aktuellen Neurologie* aufmerksam gemacht (Golla et al., *Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Patienten, Aktuelle Neurologie* 2017; 44: 388–399).

3. Die häusliche Versorgung neurologischer Patienten ist unzureichend

Viele Menschen mit neurologischen Erkrankungen werden zu Hause von den Angehörigen, also den Partnern, den Kindern und selten auch von den Eltern, versorgt. Das ist allerdings nur möglich, wenn ausreichend Privatvermögen vorhanden ist, da oftmals der Beruf nur noch sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr ausgeübt werden kann. Die betroffenen Angehörigen können auch keine Vorsorgeleistungen für ihre Rente treffen, da sie häufig über lange Zeit keine Sozialbeiträge mehr in die Rentenkassen leisten. Dieser unermessliche Einsatz der Angehörigen wird von Gesellschaft und Politik nicht immer ausreichend gewürdigt. Oft werden die Patienten ausschließlich von den Lebenspartnern und/oder Kindern versorgt, nicht selten bis zur Erschöpfung dieser Personen. Neben dem von neurologischen Patienten hier erlebten Autonomieverlust empfinden sich viele Patienten als Last für die Zugehörigen. Hier kann ein Sterbewunsch entstehen, weil neurologische, palliative und hospizliche Mitversorgungsangebote nicht ausreichend bekannt sind, genutzt werden oder noch gar nicht vorhanden sind wie etwa die zuvor beschriebene „respite care“.

Es ist kein Zufall, dass nach der bestehenden Literatur ca. 50% der Deutschen Bürger, die bei DIGNITAS in der Schweiz Sterbehilfe erhalten, Menschen mit neurologischen Erkrankungen sind. Dieser Befund passt zu der Beobachtung, dass der Anteil an neurologischen Patienten unter den Menschen, die in Ländern, in denen Sterbehilfe oder assistierter Suizid erlaubt ist, absolut und relativ betrachtet, zunehmend steigt. Die meisten Patienten, die bei DIGNITAS aus dem Ausland kommend Sterbehilfe erhalten, stammen aus Deutschland und England. Das sind gerade Länder, in denen die Palliativmedizin hoch entwickelt ist – aber eben nicht für Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Hier sehen wir dringenden Bedarf für eine breitere Öffnung des Zugangs für palliative und hospizliche Angebote auch für neurologische Patienten, damit diese nicht Nebenwege aufsuchen müssen, etwa bei „Beatmungs-WGs“, die ein lukratives Geschäftsmodell darstellen. Die im Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz vorgesehene Lösung zielt darauf ab, die Versorgung und Finanzierung in Beatmungs-WGs und stationären Intensivpflegeeinheiten anzugleichen, was grundsätzlich sinnvoll ist. Bezüglich der teuren, aber aus Sicht der UN-Behindertenrechtskonvention unabdingbaren Ermöglichung der häuslichen Intensivpflege wird

durch das IPREG in der vorgesehenen Form die Entscheidungshoheit in die Hände des hierfür ausdrücklich nicht qualifizierten und grundsätzlich im Sinne des Kostenträgers entscheidenden MdKs gelegt (DIGAB 2020).

4. Die Teilhabe an der ambulanten Palliativversorgung durch niedergelassene Neurologen ist unzureichend

Als Vorstufe zur spezialisierten (SAPV) gibt es die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). Diese kann auch von Neurologen, die die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben haben, nicht im Rahmen ihrer neurologischen Praxis abgerechnet werden, auch wenn diese Neurologen die sonstigen Voraussetzungen erfüllen und vor allem die nötige medizinische Qualifikation hätten.

5. Die Versorgung neurologischer Patienten in Pflegeheimen ist unzureichend

Viele neurologisch erkrankte Patienten sind zu jung, um in einem Pflegeheim betreut zu werden. Das trifft insbesondere für Menschen mit Multipler Sklerose und Amyotropher Lateralsklerose zu. Für viele Pflegeheime und auch Hospize sind die Patienten auch zu pflegeaufwändig (oftmals und in späten Stadien ist regelmäßig eine 1:1 Betreuung über 24h notwendig), sodass diese Einrichtungen die Aufnahme von Menschen mit neurologischen Erkrankungen begrenzen. Die dort arbeitenden Pflegekräfte würden gerne nach Palliative Care-Konzepten arbeiten, können dies aber aus Zeitgründen nicht. Das führt auch zu Belastungssituationen für die Pflegekräfte, da das Gelernte und gern Gelebte nicht ausreichend angewendet werden kann. Dies kann Arbeitsunzufriedenheit und die Entstehung eines „Burn-out“ fördern. Diese Gründe führen auch immer wieder zu Akutverlegungen der schwer Kranken oder auch Sterbender in Krankenhäuser.

Zudem ist für immer mehr Familien, die Betreuung in einem Pflegeheim finanziell nicht mehr leistbar. Ein Grund für die Frage nach Sterbehilfe und assistiertem Suizid ist immer wieder auch die Aussage, dass man das wenige Ersparte bzw. die kleine Wohnung für die Kinder und die Enkel zurückgelegt habe und man nicht wolle, dass es durch die eigene Betreuung verbraucht werde.

Im Rahmen der Neuregulierung der Suizidbeihilfe in Deutschland möchten wir dem Gesetzgeber folgende Empfehlungen geben

- A. Ein Nicht-Handeln nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts sollte vermieden werden, um die Ausbreitung von Sterbehilfevereinen in Deutschland nicht zu fördern.
- B. Eine Neu-Abfassung des §217 StGB sollte von einer Fachvertreterin/einem Fachvertreter mit neuropalliativer Expertise - benannt durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) - begleitet werden. Hier bieten wir unsere Unterstützung an und stehen auch frühzeitig für ein persönliches Gespräch mit Ihnen gerne zur Verfügung.
- C. Eine mögliche gesetzlich bestimmte Verortung mit Erlaubnis der Durchführung einer Suizidbeihilfe soll in Übereinstimmung mit den Ärztekammern Deutschlands hierzulande nicht zur Aufgabe ärztlicher Tätigkeit werden.
- D. Nur für den Fall, dass eine Neuregelung der Suizidbeihilfe nicht inhaltlich nahe am aktuellen §217 StGB steht, sollten prozedurale Aspekte für die Durchführung assistierter Suizide bei Sterbehilfevereinen geklärt werden. Hierbei sollten vor allem, aber nicht ausschließlich, folgende Kriterien berücksichtigt werden:
 - Unabhängige vorherige Pflicht-Beratungen zu palliativen/hospizlichen Behandlungsmöglichkeiten
 - Sicherstellung von Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit
 - Prüfung der Gültigkeit von Patientenverfügungen, damit etwa nicht-geschäftsfähige demente Patienten entgegen einer früheren Patientenverfügung nicht einem assistierten Suizid zugeführt werden
 - Beachtung der Nicht-Einwilligungsfähigkeit mancher psychiatrischen Patienten mit beispielsweise schwerer depressiver Episode, die ein bilanziertes Entscheiden für einen Suizid ausschließt

Wie auch im Jahr 2015, empfehlen wir als Parallele zur gesetzlichen Neuregelung der Suizidbeihilfe eine strukturelle Stärkung palliativer und hospizlicher Strukturen mit erleichtertem Zugang für neurologische Patienten. Einige Überlegungen hierzu:

1. Verbesserung von medizinischer Lehre mit Kommunikationstraining von Professionellen im Gesundheitssystem im Umgang mit einem Todeswunsch von Patienten

Die Ausbildung von Pflegenden, von Studierenden und Medizinern sollte sich gerade mit dieser Frage beschäftigen. Hierbei kann eine Förderung des BMG hin zu mehr Lehrstühlen für Palliative Care und Palliativmedizin hilfreich sein, da dieses Fach sich genuin mit dem Thema auseinandersetzt.

Es ist zu bedenken, dass die ersten Lehrstühle für Palliativmedizin allein aus der Aktivität von Stiftungen hervorgegangen sind und teilweise immer noch dadurch erhalten werden. Der Ausbau von Palliativ-Lehrstühlen an den deutschen Universitäten ist ein wichtiges Struktur Anliegen.

Es gibt noch zu wenig Ausbildung und Forschung, die sich mit dem Thema der neurologischen Patienten in der Palliativversorgung beschäftigt. Das Themenfeld sollte gezielt gefördert werden, da hier seit Jahren keine Veränderung eingetreten ist.

2. Strukturelle Verbesserung in Krankenhäusern, Palliativstationen, in Hospizen und im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung

Es sind strukturelle Änderungen notwendig, damit die Betreuung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen verbessert werden kann. Die hierfür notwendigen Maßnahmen könnten leicht durchgesetzt werden. Es ist beispielsweise zu überdenken, dass die obere Grenzverweildauer eines Krankenhausaufenthaltes bei schwer pflegebedürftigen Patienten, für die eine häusliche Versorgung aufgebaut werden muss bevor sie das Krankenhaus verlassen, mit der von Patienten identisch ist, die die Klinik leicht als Fußgänger verlassen können. Die Vorbereitungen, die notwendig sind, damit ein schwerkranker neurologischer Patient die letzte Lebensphase zu Hause verbringen kann, benötigen viel Zeit. Gerade Pflege leistet in diesen Zeiten des Übergangs wertvolle Arbeit. Diese sollte stärker berücksichtigt werden.

Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation für beatmete und nicht beatmete Menschen sollte weiter ausgebaut werden.

Die Bedingungen für die Inbetriebnahme und den Betrieb von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderungen sollten verbessert werden.

Die ambulante Intensivpflege in der Häuslichkeit („1:1-Intensivpflege“) muss gefördert werden, auch ohne Beatmungsnotwendigkeit. Uns ist bewusst, dass dieses Anliegen auch angesichts eines Pflegenotstands nicht rasch realisierbar ist.

Strukturen für neurologische Palliativpatienten sind notwendig, in denen die Berufsgruppen entsprechend für deren Belange inklusive möglicher Beatmung ausgebildet sind. Diese können entweder in den bestehenden Strukturen etabliert oder zusätzliche geschaffen werden (z.B. entsprechende Palliativstationen, Hospize, SAPV mit Schwerpunkt neuro(psychiatrische) Patienten).

Das Angebot für „respite care“ für Angehörige neurologischer Palliativpatienten in entsprechend geeigneten Einrichtungen sollte ermöglicht werden. Hierdurch können diese nicht nur entlastet werden, sondern auch lernen, wie mit den Einschränkungen des Patienten besser umgegangen werden kann.

3. Awareness für die Bedarfe an Palliativ- und Hospizversorgung auch für Nicht-Tumorpatienten

Es sollte deutlich an die Öffentlichkeit getragen werden, dass palliative Versorgungsstrukturen nicht allein für Krebspatienten vorhanden sind. Der Zugang zu stationärer und ambulanter palliativer und hospizlicher Versorgung sollte für Nicht-Tumorpatienten erleichtert werden. Die Ambulantisierung stationärer Leistungen ist gerade für unsere neurologischen Patienten ein wichtiges Zukunftsprojekt.

Intersektorale Konzepte, die den ambulanten und stationären Sektor verknüpfen, sollten konsequent ausgebaut werden. Möglichkeiten, die Übergänge besser zu gestalten, liegen in der Etablierung der

Telemedizin, die gerade auch im palliativen Bereich einen besonderen Stellenwert hat. In der Psychiatrie werden beispielsweise immer mehr Online-Portale zur Suizidprävention etabliert. Derartige Ansätze sollten auch für Menschen mit neurologischen Erkrankungen erprobt werden.

4. Förderung der Forschung im Bereich der Versorgung neurologischer Patienten am Lebensende

Im Schluß mit dem BMBF könnte das BMG Möglichkeiten der Forschung ausbauen - gerade die Versorgung schwerkranker neurologischer Patienten betreffend, die bislang zu wenig beforscht wird. Dies betrifft auch die letzte Lebensphase dieser Patienten. Gerade in diesem Abschnitt des Lebens nehmen aber die Belastungen für den Patienten und die Angehörigen zu. Hier sehen wir das Risiko, dass ein Wunsch nach Suizidbeihilfe allein aufgrund einer unzureichenden Palliativversorgung dieser Patientengruppe entstehen könnte. Forschungsförderung in diesem Bereich kann sicherlich dazu beitragen, die Betroffenen und die Angehörigen besser zu verstehen und Belastungen zu identifizieren und darauf zu reagieren. Die Ergebnisse können beispielsweise dazu verwendet werden, die Lehre im Umgang mit einem Todeswunsch zu verbessern und zu fördern aber auch konkrete weitere Versorgungsstrukturen zu erforschen, um sie dann in der Regelversorgung etablieren zu können. Die Initiativen des G-BA Innovationsfonds könnten hier gezielte Forschungsanreize setzen. Wenn es uns besser gelingt, die Belastungen zu identifizieren und vor allem Lösungsmöglichkeiten zu erforschen und zu etablieren, kann sich dies auf mögliche Sterbewünsche gerade auch neurologisch erkrankter Patienten auswirken. Die engmaschige wissenschaftliche Begleitung neuartiger Versorgungsstrukturen und von Schulungsmaßnahmen kann nach unserer Meinung einen entscheidenden Beitrag zum Umgang mit dem Todeswunsch unserer neurologischen Patienten leisten.

Wir möchten daher mit Ihnen neben diesem Schreiben in einen offenen, persönlichen Dialog treten.

Stellvertretend für die Mitglieder der Neuropalliativen Arbeitsgemeinschaft (NPA)

Stellvertretend für die klinische Kommission der DGN für neurologische Palliativmedizin

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl und Prof. Dr. med. Roman Rolke, die beiden Ko-Sprecher

Kontakt: Stefan.Lorenzl@khagatharied.de und rrolke@ukaachen.de

Literatur

- DIGAB (2020) Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zum Entwurf „Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG)“. https://digab.de/wp-content/uploads/2020/02/200108_STELLUNGNAHME_DIGAB_-IPREG.pdf. Zugegriffen 28.05.2020.
- Golla H, Fink GR, Rolke R, Lorenzl S, Ebke M, Montag T, Gold R, Nelles G, Eggers C, Voltz R. Palliativmedizinische Versorgung neurologischer Patienten, Aktuelle Neurologie 2017; 44: 388–399.
- Klietz M, Berndt JM, Wegner F, Schneider N, Höglinger GU, Eggers C, et al. Consensus-Based Recommendations for Advance Directives of People with Parkinson’s Disease in Regard to Typical Complications by German Movement Disorder Specialists. JCM. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2020 Feb;9(2):449–14.
- Klietz M, Öcalan Ö, Schneider N, Dressler D, Stiel S, Wegner F. Advance Directives of German People with Parkinson’s Disease Are Unspecific in regard to Typical Complications. Parkinson's Disease. Hindawi; 2019 Aug 4;2019:1–8.
- Klietz M, Tulke A, Müschen LH, Paracka L, Schrader C, Dressler DW, et al. Impaired Quality of Life and Need for Palliative Care in a German Cohort of Advanced Parkinson’s Disease Patients. Front Neurol. 2018 Mar 6;9:473–8.
- Li M, Watt S, Escaf M, et al., Medical Assistance in Dying – Implementing a Hospital-Based Program in Canada. N Engl J Med 2017;376;21:2082-2088.
- Platz T et al. (2020) Die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung auf die Neurologische Frührehabilitation Phase B. Neurol Rehabil 2020; 26 (2): 107-110.
- Roesner M et al. (2019) Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in den Bundesländern Niedersachsen und Bremen. Fortschr Neurol Psychiatr 87: 246–254.