

Psychoonkologie im Wandel

eine Disziplin zwischen Selbstbehauptung und Notwendigkeit

Wen mag es verwundern, dass die Psychoonkologie eine vergleichsweise sehr junge Fachrichtung ist? Zwar zählt Krebs zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland, doch ist das Leben des Menschen weitaus intensiver untersucht als sein Sterbeprozess. Insofern gehört die Erforschung des Sterbens und der entsprechenden Besonderheiten und Problematiken die sich zum Ende des menschlichen Lebens ergeben können zu den relativ jungen Disziplinen der Medizin.ⁱ

Die Psychoonkologie beschäftigt sich dabei mit Hilfen und Unterstützungen für an Krebs erkrankte Menschen und zwar in jeder Phase und in jedem Stadium der Krankheit. Krebs und die Auseinandersetzung mit Gebrechlichkeit, der Begrenztheit von Lebenszeit und schließlich dem eigenen Tod sind immer noch große Tabus. Die Neigung, dem Unvermeidlichen, dem Lebensende, oft beschleunigt durch schwerwiegende Krankheiten, mit aller Macht ausweichen zu wollen, ist naturgegeben und verständlicherweise groß. Überdies leben wir in einer Gesellschaft, die vornehmlich auf Vitalität ausgerichtet ist. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass der Exitus, obgleich er genauso zum Leben dazugehört wie die Geburt, häufig einfach ausgeblendet wird. So findet auch die Psychoonkologie, als eine Option, die helfen will, die Bürden einer möglicherweise zum Tode führenden Erkrankung zu verkraften, oft zunächst Widerstände in der Verweigerung der Menschen, sich direkt und real damit auseinanderzusetzen.

Neben derartigen Vorbehalten steht diese Disziplin überdies nicht selten in Konkurrenz zu alteingesessenen Denkweisen von Heilkunde und Ärzteschaft. Aber auch bei den eigenen Standortbestimmungen der psychoonkologischen Experten zeigen sich mitunter Unsicherheiten und Begriffsstreitigkeiten, die sich bereits in den verschiedenen Schreibweisen Psychoonkologie, Psycho-Onkologie, psychologische Onkologie, psychosoziale Onkologie etc. äußern. Ist sie nun ein belächelter Appendix der Medizin, eine neuere Spielform der Psychologie, nicht Fisch noch Fleisch? Vor diesem Hintergrund befand und befindet sich die Psychoonkologie von ihren Anfängen bis zum heutigen Tage in steten inhaltlichen, sowie definitorischen Wandlungen und Weiterentwicklungsprozessenⁱⁱ.

Daseinsberechtigung

So hat die Psychoonkologie immer noch kein definitives Berufsbild. Sie war bislang lediglich als Zusatzqualifikation Medizinern und Psychologen vorbehalten. Nun ist gegenwärtig eine zunehmende Öffnung für andere Berufsbereiche (insbesondere Sozialarbeiter, Seelsorger, Pflegefachkräfte) erkennbar, welche den Zugang derer erweitert, die mit Krebspatienten auch bisher schon therapeutisch, pflegend oder beratend arbeiten.

Deren Arbeit ist nicht neu; neu ist nur, dass sie zunächst Schritt für Schritt als zuständige Helfer, Betreuer und Therapeuten von den Patienten erkannt und frequentiert werden. Sie bringen als bedeutsamen Zugewinn weitere, wichtige Fachkompetenzen ein. Es ist eine Erweiterung, die für mehr Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei den Erkrankten gesorgt hat. Im Zuge dieser Veränderungen zeigt sich aber auch, dass Psychoonkologie nicht nur wertvolle Hilfen und Entlastungen für Erkrankte und ihre Angehörigen anbietet und schafft, sondern vielfach auch das medizinische Personal in den Kliniken entlastet und nicht zuletzt das klinische Entlassungsmanagement intensiv unterstützt.

Grenzen der Medizin

Im Kampf gegen Krebs hat die Psychoonkologie schon deshalb einen so großen Stellenwert einnehmen können, da von einem Durchbruch in der Medizin bislang nicht wirklich gesprochen werden kann. Die Heilungschancen bei dieser Erkrankung unterliegen einem ständigen AUF und AB. Menschliche Zellen sind unberechenbar, demnach so wenig kalkulierbar sind auch die medizinischen Erfolge, vor allem dann, wenn es sich bereits um eine fortgeschrittene Erkrankung handelt und begleitet von der Feststellung ist, dass medizinische Interventionen vielleicht nur noch als ein Spiel auf Zeit erscheinen. Dies verursacht für Erkrankte ebenso wie für ihre Angehörigen, aber auch für Ärzte und sonstige Begleiter und Unterstützer der Erkrankten ein emotionales Wechselbad, welches ungeheure psychische Belastungen mit sich bringt. Diese Sachverhalte treffen Mediziner und Kranke vor allem bei der Erkenntnis, dass bei einer Behandlung keine kurativen Wege mehr möglich sind, sondern palliative Pfade beschritten werden müssen. Das einzugestehen ist für keinen der Beteiligten eine leichte Aufgabe. Wenn die kurative Medizin nicht mehr helfen kann, sie an ihre Grenzen stößt, tritt vor allem palliative Versorgung und Psychoonkologie an ihre Stelle. Gerade dann gilt: alles was die Angst vor dem Tod verringert, hilft dem Patienten. Oft daher lautet die Antwort auf die zentrale Frage, was der Mensch am Lebensende brauche ganz schlicht: Linderung von Leiden und Geborgenheit.

Ursprünge

Der Palliativgedanke fand in der westlichen Welt, sieht man von der karitativen Arbeit in den Hospitalen der Ordensgemeinschaften ab, im 16. Jahrhundert mit der „Curapalliativa“ eine für die Ärzteschaft schon recht frühe Erwähnung „Guérir – quelquefois, soulager – souvent, consoler – toujours“ (heilen – manchmal, lindern – oft, trösten – immer). Im 19. Jahrhundert erschienen vielfache Aufsätze und Arbeiten speziell zur ärztlichen Sterbebegleitung, der so genannten „Euthanasiamedica“. Bedingt durch die Praktiken der Euthanasie des Faschismus und schließlich mit dem Aufstieg der modernen Medizin und ihrer Möglichkeiten traten diese Bemühungen in Deutschland wieder in ein Schattendasein. Denn ein Volk das so viel Schmerz und Trauer in die Welt gebracht hat, hat ein Problem sich mit Tod und Sterben auseinander zu setzen. Der Tod gilt bei uns nach wie vor als ein gesellschaftliches Tabuthema und immer noch ist die Auseinandersetzung mit dem/einem menschlichen Sterben ein zäher Prozess der Enttabuisierung.ⁱⁱⁱ

Somit konzentrierte man sich in den Nachkriegszeiten vornehmlich auf die medizinische Versorgung von Patienten mit fortgeschrittenen tödlichen Erkrankungen einseitig auf Heilungsbestrebungen bis zum Ende, auch wenn so gut wie keine Erfolgsaussichten mehr bestanden. Gleichzeitig wurden die Erkrankten mit ihren Symptomen und ihrer Angst vor Sterben und Tod alleine gelassen. Vor diesem Hintergrund müssen, wenn die Rede von Psychoonkologie ist, auch die Entwicklungen der vielen verschiedenen Teildisziplinen beleuchtet werden, um sich ein Gesamtbild zur Situation zu verschaffen.

Abwehrhaltung

Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass Krebs oft auch heute noch eine Erkrankung in den Schützengräben unserer Gesellschaft ist. Viele konflikthafte Kraftanstrengungen waren und sind für alle Beteiligten nötig, um sich in Deutschland von der Tabuisierung dieser ernsthaften Krankheit zu lösen. Ganz anders im angloamerikanischen Raum. Hier ortete man bereits nach dem zweiten Weltkrieg die dringende Erforderlichkeit einer „Rundumbetreuung“ bei Krebserkrankten. Sidney Farber, Gründervater des ersten

Krebshospitals, Krebsinstituts und Kinderkrebskrankenhauses 1948 in Amerika erkannte die Systemik der Erkrankung und versuchte ihr interdisziplinär Rechnung zu tragen. Krebs, so sagt er, sei eine alles umfassende Krankheit, die den Patienten nicht nur körperlich im Griff habe, sondern auch seelisch, sozial und emotional. Nur mit einem vielgleisigen, interdisziplinären Angriff bestehe überhaupt die Chance die Krankheit zu bekämpfen.^{iv}

Ein weiteres Beispiel für die deutlich frühere Öffnung zum Tod im angelsächsischen Raum fällt mit der Gründung des ersten Hospizes der Neuzeit 1967 in England durch Cicely Saunders zusammen. Zwar ist ihr Wirken als Auftakt der Hospizbewegung zu sehen, dennoch hielt sich in Deutschland bis in die 80er Jahre weiterhin standhaft die Abwehr gegen Tod und Trauer. Der 1971 veröffentlichte Film, „Noch 16 Tage“, ein Bericht über das neueröffnete englische Hospiz, entfachte eine sogar eher gegenteilige Strömung in Deutschland. Man befand, dass wir in Deutschland keine „Sterbeklinik“ bräuchten, da unsere Krankenhäuser gut genug seien. Man wolle eine Ghettoisierung der Todkranken und Sterbenden vermeiden. Hernach fehlte es bis dato an emotionalem und sozialem Boden zu einer organisierten Sterbebegleitung.

Die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender war in den 70er und 80er Jahren in Deutschland eher eine qualitative Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer und fand vornehmlich auf wissenschaftlichem Terrain statt. Bemerkenswert waren dabei die bahnbrechenden Erkenntnisse von Kübler Ross und ihren Interviews mit Sterbenden, Hilde Domins Statement, dass der Umgang mit Sterbenden auch Friedensarbeit sei, der Aufruf des Arztes und Pioniers der deutschen Hospizbewegung Christoph Student zum „würdevollen Sterben“ und nicht zuletzt der fulminante Aufsatz von Nikolaus Gerdes „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“ – ein Klassiker der Psychoonkologie.^v

Öffnung

Im Zuge des gesellschaftlichen Wertewandels der 70er/80er Jahre rückten nun auch in Deutschland der Patient, seine Rechte und Befindlichkeiten immer stärker in die medizinische und öffentliche Aufmerksamkeit. Es entwickelte sich ein neues Bewusstsein in der Arzt-Patient-Beziehung weg vom patriarchalischen-autoritären Stil zu mehr Kooperation, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, mit einem Wechsel von Radikalmethoden zu sanfteren Wegen und mit dem Wunsch des Patienten nach einer Begleitung bei seiner Erkrankung.

Das Aufkommen der Krankheit AIDS hat das Nachdenken über Sterbebegleitung sowohl im privaten wie auch im institutionalisierten Rahmen verstärkt belebt. Die Immunschwächeerkrankung, ebenfalls wie Krebs mit Tabus und Ablehnung behaftet, rüttelte erneut an den bisher nur spärlich vorhandenen Pforten einer organisierten und professionellen Versorgung Schwerstkranker. Nach der Frage wie man diesen Patienten im Überleben helfen kann, drängte sich die Fragestellung, wie man den Erkrankten auch bei einem menschenwürdigen Sterben beistehen kann, mehr und mehr in den Vordergrund.

Steigende Zahlen bei onkologischen Patienten sorgten dafür, dass man die Augen vor dem Problem der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender nicht mehr verschließen konnte.

Im oft unübersichtlichen Konglomerat von Diagnosestellung, Behandlungsmethoden, sowie nicht selten unverständlichen und komplizierten Informationslagen, waren und sind Patienten zunehmend auf strukturierte Hilfsangebote, empathische Kommunikationsformen und somit auf entsprechend qualifizierte Mittler, meist Mitarbeiter aus dem Gesundheitssystem zu ihrer Unterstützung angewiesen.^{vi} In der Konsequenz dessen gründete sich 1983 die Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (dapo).

Inhaltlicher Wandel

Innerhalb der Psychoonkologie lassen sich im Verlauf dessen deutliche Veränderungen und lebhaftere Diskussionen nachzeichnen. Waren die 70er Jahre von Simontons „Think Positive“-Methode und die 80er von den Konzepten der „Krebspersönlichkeit“, also den Korrelationen zwischen Krebs und Individuum geprägt, so kann man ab den 90er Jahren eine deutliche Hinwendung zur „Psychosomatik des Krebses“ erkennen. Hier werden Krebserkrankungen vom Patienten als wenig kontrollierbar wahrgenommen. Zunehmend rückte die Frage, welche psychischen Belastungen oder gar manifeste psychische Störungen sich innerhalb der Erkrankung entwickeln können, in den Vordergrund der Untersuchungen. So kam es zur Weiterentwicklung von Screeninginstrumenten zur Messung von „Psycho-social-distress“, der Erstellung des Hornheider-Fragebogen oder nicht zuletzt zur Schaffung der psychoonkologischen Basisdokumentation (PO-Bado)

Professionalisierung

Ab der Jahrtausendwende ist die Professionalisierung der Psychoonkologie u.a. einmündend in Koordinierungs- und Kooperationsprogramme wie, z.B. das sogenannte „Drei-Stufen-Modell“ (Organzentren, onkologische Zentren und ComprehensiveCancer Center), oder den „Nationalen Krebsplan“ nicht mehr aufzuhalten. Es folgten erste Schritte zur Verankerung der psychoonkologischen Versorgung in Richt- und Leitlinienstrukturen der Fachgesellschaften und die vermehrte Bildung von Beratungsstellen, Krebszentren, Konsildiensten, etc.. Das „Gebäude der Psychoonkologie“^{vii} u.a. formuliert von der Psychotherapeutin Almuth Sellschopp mit seinen tragenden Säulen der Interdisziplinarität, Integration, Innovation, der Beratung, Behandlung und Begleitung, sowie der Forschung, Fortbildung und Finanzen nahm nicht nur theoretisch, sondern auch auf vielen Praxisebenen Gestalt an. Damit machte sich die Psychoonkologie inzwischen zu einer anerkannten Teildisziplin der Onkologie.

neuere Erkenntnisse

Neben den strukturellen Veränderungen der Psychoonkologie, zeichneten sich ab der ersten Dekade des neuen Jahrtausends auch inhaltliche Neuerungen ab. Die Erkenntnis, dass es keine sogenannte „Krebspersönlichkeit“ gibt, relativierte nicht nur die immer noch existente, pathogenetische „Schuldfrage“ dieser Erkrankung, sondern sie schuf auch eine Entlastung beim Betroffenen selber. Es wurde immer deutlicher, dass eine onkologische Erkrankung eine hoch systemische Angelegenheit^{viii} ist, bei der auch das Umfeld, die Angehörigen der Erkrankten („Die Familie leidet mit!“) unter einer massiven Belastung, und nicht selten auch Überforderung stehen.^{ix}

Anpassungsleistung

Krebs ist eine Erkrankung für die enorme Anpassungsleistungen erbracht werden müssen. Diesem Ansatz versucht gegenwärtig vor allem die kognitive Verhaltenstherapie^x methodisch Rechnung zu tragen. So sind nicht die objektiven Folgen der Krankheit an sich, sondern die Art und Weise in der sie gedeutet werden, maßgeblich für die Reaktionen des Einzelnen. Krankheit gestaltet sich dabei nicht als statischer Zustand, sondern als (Entwicklungs-)Prozess und zwar aller Beteiligten, bei der vor allem Copingstrategien eine ganz bedeutsame Rolle spielen. Insofern werden entsprechende Therapiemanuale angesichts zunehmender Komplexität immer existenzieller.

Akzeptanz

Sowohl die Bereitschaft des Erkrankten, wie auch seiner behandelnden Ärzte, psychoonkologisches Personal als Unterstützer zuzulassen, als auch der akzeptierende Umgang mit der Krankheit selbst, gelten inzwischen nicht mehr nur als wissenschaftliche Forschungsbereiche. Der Faktor Akzeptanz findet eine ganz deutliche, praktische Anwendung als Bewältigungsstrategie bei einer Krebserkrankung. In diesem Zusammenhang hat auch die Förderung akzeptanzsteigernder Fertigkeiten, neben anderen ressourcenorientierten Ansätzen, wie beispielsweise die Achtsamkeit, als Copingmethode an Bedeutung gewinnen können.^{xi}

gegenwärtige Forschungs- und Aufgabenbereiche

Zukünftig lassen sich in der Psychoonkologie vor allem vermehrte Untersuchungen zu krankheitsbedingten Auffälligkeiten wie dem Fatiguesyndrom beobachten. Zu den weiteren großen psychoonkologischen Themenbereichen zählen u.a. das Auftreten und die Bewältigung von komorbiden psychischen Störungen wie Depression, Angststörungen, insb. Progredienzangst^{xii}, ferner die ausreichende, effektive Versorgung bei Schmerzsymptomatikern und ihre Behandlung, die Frage von lebensverlängernden Effekten von psychotherapeutischen Maßnahmen, sowie die Bedeutung von körperlichem und mentalem Distress. Auch die Anwendung von Screeninginstrumenten und der richtige Zeitpunkt psychoonkologischer Einsätze wird künftig noch stärker geprüft werden müssen. Darüber hinaus gilt es, die bisherigen Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder wie vor allem die supportive Betreuung, die soziale Unterstützung und die Bildung von Bewältigungsprozessen sowohl für die Patienten, als auch für Angehörige weiter auszubauen. Denn „Krebspatienten sind anders“, als viele andere Erkrankte, da bei ihnen die Endlichkeit des Lebens viel deutlicher und präsenter in den Fokus des menschlichen Daseins und der persönlichen Erfahrungen rückt.^{xiii}

Problembereiche

Neben vielen Fortschritten in der Psychoonkologie zeigen sich aber immer noch Einschränkungen in der Positionierung dieser Fachrichtung. Dieses macht sich zunächst daran bemerkbar, dass es noch keine eigenständige Zeitung, kein Fachblatt auf dem Gebiet gibt. Veröffentlichungen lassen sich meist nur in den bisherigen klassischen Grunddisziplinen finden – sprich in psychologischen, medizinischen, bzw. speziell onkologischen Magazinen. Ebenso ist festzustellen, auch wenn Aus-, Fort- und Weiterbildung der Akteure als wichtige, aktuelle Gegenstandsbereiche inzwischen in der psychoonkologischen Forschung Eingang gefunden haben und stetig weiterentwickelt werden, so bestehen immer noch gravierende Probleme bei der Akzeptanz interdisziplinärer psychoonkologischer Fachkräfte (Nicht-Ärzte, Nicht-Psychologen). Gleiches gilt vor allem bei Stellenplänen und Ausschreibungen in onkologischen Kliniken, sowie der Abrechnung erbrachter Leistungen bei palliativen Komplexbehandlungen oder bei den Richtlinien diverser onkologischer Zentrumszertifizierungen.

Überdies sind parallel dazu zahlreiche nutzenethische Überlegungen entbrannt, die in anstrengenden Debatten um ausreichende Hilfen für die Erkrankten und andererseits im Zwielficht überflüssiger Experimentalmedizin und damit vermeidbarer Leiden der Erkrankten stehen. Vor allem für die älteren Generationen wird sich die Frage stellen, ob unser Gesundheitssystem noch die nötigen Finanzen für Krebstherapien bereitstellt, oder ob sie andererseits durch den Druck der DRG-Abrechnungsmodalitäten als „Versuchskaninchen“ onkologischer Abteilungen und nicht zuletzt der Pharmakonzerne fungieren müssen.

würdevolles Sterben

Weiterführend gerät die „terminale Sedierung“ in den Fokus der aktuellen Debatten um „Therapie versus Tötung“.^{xiv} Dies führt uns nicht zuletzt zu einer Frage, bei der sich der Kreis zu den Ursprüngen der Versorgung und Begleitung Schwerstkranker und Sterbender schließt: Wie können diese Menschen bestmöglich bis zu ihrem Lebensende begleitet werden? Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund künftiger gesellschaftlicher Entwicklungen, wie z.B. die stete Zunahme an Singlehaushalten oder die beobachtbaren Tendenzen steigender Prekarität. Es wird sich die Frage stellen, wie wir unter diesen Umständen sterben werden: Allein? Arm? Angstvoll? Hier wird das gesellschaftliche/soziale Umfeld das Setting des Sterbens bestimmen. Darüber hinaus werden sowohl die Psychoonkologie, als auch Begleitungen durch stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste immer stärker an Bedeutung gewinnen, bzw. zu einer Notwendigkeit werden müssen, um entstandene Lücken ausgleichen zu können. In diesem Kontext wird auch die Fortschreibung von „Spiritual Care“ und der Frage was dem Menschen in kritischen Situationen Halt und Sicherheit mehr und mehr in den Fokus von Wissenschaft und Praxis rücken.^{xv}

Fazit / Ausblick

Die (Psycho-)Onkologie ist und bleibt ein schwieriges Feld. Dabei ist Krebs, wie der Onkologe und Pulitzer-Preisträger Siddharta Mukherjee in seinem Werk „Der König aller Krankheiten. Krebs eine Biographie“^{xvi} richtig feststellt, ein blinder Passagier im Leben eines jeden Menschen. Krebserkrankungen mehren sich. Je älter wir werden, desto öfter müssen wir damit rechnen an Krebs zu erkranken – es ist der Preis für eine gestiegene Lebenserwartung. Es wird dann nicht mehr die Frage sein, ob wir an Krebs erkranken, sondern wann und wie! Von daher wird sich perspektivisch bereits auf epidemiologischer Ebene ein vermehrter Bedarf an psychoonkologischen Interventionen, an Palliativmedizin und nicht zuletzt der Notwendigkeit des längstmöglichen Erhalts von Lebensqualität ergeben. Insofern wird es immer bedeutsamer das Leben vom Tod her zu verstehen, wie der Sterbeforscher Gian Domenico Borasio jüngst konstatiert.^{xvii}

Doch viel wichtiger aber sind letztendlich die menschlichen Grundbedingungen einer empathischen, würdevollen Begleitung in jedem Stadium der Erkrankung und bis zuletzt – einem „Getragenwerden und Gehaltensein als tröstenden Beziehungsraum“^{xviii} – kurzum das Wissen, dass jemand da ist, wenn man ihn braucht ...

ⁱ Borasio, G.D. Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München 2012.

ⁱⁱ Siehe hierzu auch das Grundlagenwerk Dorfmueller, M. Dietzfelbinger, H. (Hrsg.) Psychoonkologie, Diagnostik, Methoden, Therapien. München 2009.

ⁱⁱⁱ Vgl. hierzu auch Schwarz, S./Singer, S. Einführung in die psychosoziale Onkologie. München 2008.

^{iv} Mukherjee, S. Der König aller Krankheiten. Krebs – eine Biographie. Köln 2012, S. 177.

^v Gerdes, N. Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach Sinn; in: Schmidt, W. Jenseits der Normalität. München 1986.

^{vi} Vgl. Geuenich, K. Akzeptanz in der Psychoonkologie. Therapeutische Ziele und Strategien. Stuttgart 2012.

^{vii} Sellshopp, A. u.a. Psychoonkologie. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. München 2005.

^{viii} Tschuschke, V. Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. Stuttgart 2002.

^{ix} Künzler, A./ Zindel, A. u.a. Psychische Belastungen bei Krebspatienten und ihren Partnern im ersten Jahr nach der Diagnosestellung. Schweizerische Medizinische Rundschau 2010. 33ff.

^x Siehe hierzu Moorey, S. /Greer, S. (Hrsg.) Kognitive Verhaltenstherapie bei Krebspatienten. Ein praktisches Therapiemanual. München 2007.

^{xi} Geuenich, K. Ebd.

^{xii} Mehnert, A./Herschbach, P./Berg, P. Progredienzangst bei Brustkrebspatientinnen. Zeitschrift für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2005; 52/274-88.

^{xiii} Künzler, A./Znoj, H./Bargetzi, M. Krebspatienten sind anders, in: Schweiz Med Forum 2010/10/344-347.

^{xiv} Vgl. De Ridder, M. Wie wollen wir sterben?: ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. München 2011.

^{xv} Frank, C. Helfen, wo nicht mehr zu helfen ist. Studienfach „Spiritual Care“, in Süddeutsche Zeitung 30.8.2010.

^{xvi} Mukherjee, S. Ebd.

^{xvii} Das Leben vom Tod her verstehen. Gespräch im Gian Domenico Borasio, in Psychologie Heute April 2010, 38ff.

^{xviii} Baldauf, D./Waldenberger, B. Getragenwerden und Gehaltensein als tröstender Beziehungsraum: Eine psychoonkologische Begleitung für Krebspatienten, Angehörige und Betreuer. Würzburg 2011.

Zur Autorin:

Dr. phil. Iris Huth Jg. 66

Sozialwissenschaftlerin

Sozialberatung Klinikum, Schwerpunkt Onkologie

Fachwirtin f. das Sozial- und Gesundheitswesen

Psychoonkologin

Lehrbeauftragte FH Düsseldorf / Sozialmedizin

huth.iris@googlemail.com