

Gabriele Pachschwöll

„Wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun“: Was palliative Pflege leisten kann

“When nothing more can be done, there is still a lot to do”: What Palliative Care can Accomplish

Zusammenfassung

„Wir können nichts mehr für Sie tun...“ – dieser Satz muss heute nicht mehr gelten. Die palliative Pflege spielt dabei eine zentrale Rolle. Sie gewährleistet kranken und sterbenden Menschen im fortgeschrittenen Stadium einer unheilbaren Erkrankung durch fachlich fundierte, umfassende und kreative Pflege eine möglichst hohe Lebensqualität. Die Versorgung orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Die palliative Pflege versteht den Tod als natürlichen Prozess, der weder beschleunigt noch aufgeschoben werden soll. Ihr Ziel ist es, Schmerzen und Beschwerden zu lindern, offene Räume der Kommunikation zu schaffen und Patienten und deren Angehörige ganzheitlich zu betreuen. Der assistierte Suizid ist ab 2022 in Österreich legal. Das stellt neue Herausforderungen und auch Belastungen für die Pflege dar. Es braucht Maßnahmen, dass Pflege auch in Zukunft gute Arbeit leisten kann.

Schlüsselwörter: Kompetenzen, Palliative Pflege, Symptomkontrolle, Ganzheitlichkeit, Bedürfnisse, Kranke, Angehörige

Abstract

“There's nothing more we can do for you.” This sentence need no longer apply today. Palliative care plays a central role. It guarantees the highest possible quality of life for the sick and dying in the advanced stages of an incurable disease through professionally sound, comprehensive, and creative care oriented towards the individual needs of patients and their relatives. Palliative care understands death as a natural process that should neither be accelerated nor postponed. Its aim is to alleviate pain and discomfort, to create open spaces for communication, and to provide holistic care for patients and their relatives. Assisted suicide will be legal in Austria from 2022, which poses new challenges and also burdens for care. Measures are thus needed to ensure that nursing can continue to do a good job in the future.

Keywords: competences, palliative care, symptom control, holism, needs, sick people, relatives

DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc
Palliativteam Universitätsklinikum Krems
Mitterweg 10, A-3500 Krems
gabi.pachschwoell@aon.at

Pflege kann im palliativen Setting niemals isoliert, sondern immer nur in Zusammenschau mit anderen Professionen gedacht und gelebt werden.

In diesem Beitrag soll dem Pflegeberuf mit seinen vielen Facetten Raum gegeben und Augenmerk geschenkt werden. Der Fokus liegt dabei auf den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von Palliativ- und Hospizeinrichtungen, Pflegefachassistenten und Pflegeassistenten sollen sich aber ebenso angesprochen und wertgeschätzt fühlen.

Pflegende sind sich ihrer wichtigen und tragenden Rolle oftmals nicht bewusst und präsentieren daher ihren Berufsstand mit viel zu wenig Selbstbewusstsein – wohl wissend, dass der Ruf der Pflege in der Bevölkerung dem des Arztes gegenüber um ein Vielfaches nachhinkt. Wenn man die Tätigkeitsbereiche des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege genauer betrachtet, lässt sich erkennen, dass der Gesetzgeber die Pflegenden mit sehr viel Verantwortung ausstattet und einen großen Gestaltungsspielraum ermöglicht. Palliativ Pflegende nutzen diesen Spielraum, um möglichst alle Felder abzudecken, die es in der ganzheitlichen Betreuung von Patienten und deren Angehörigen/Vertrauenspersonen braucht. Mit 1.1.2022 wurde in Österreich die Beihilfe zum Suizid legalisiert. Die Rolle der Palliativpflege ist in Österreich angesichts dieser gravierenden Änderung des § 78 StGB, „Mitwirkung am Selbstmord“ gefordert, sich ihres primären Auftrages gewahr zu bleiben und diesen teamintern zu stärken sowie durch Öffentlichkeitsarbeit transparent zu machen.

1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst drei wesentliche Bereiche:

a) Pflegerische Kernkompetenzen § 14 GuKG

„§ 14 (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwort-

liche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.“¹

Solange der § 14 GuKG von den Pflegenden selbst nicht in seiner wahren Größe und Gestaltungsvielfalt (an)erkannt wird, wird sich Pflege vorrangig im Bereich medizinischer Diagnostik und Therapie bewegen, aber dadurch den Patienten wesentliche Elemente ihrer Handlungsmöglichkeiten vorenthalten.

b) Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie § 15 GuKG

„§ 15 (1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung.“²

c) Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam § 16 GuKG

„§ 16 (1) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Teil des multiprofessionellen Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Berufen.

(2) Im multiprofessionellen Kompetenzbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.“³

Die Betreuung von Palliativpatienten und deren Angehörigen basiert somit auf den jeweiligen

Berufsgesetzen und den Schwerpunktsetzungen der betreffenden Berufsgruppe.

2. Ganzheitliche Begleitung/ Betreuung

Ganzheitliche Betreuung bedeutet im Alltag, dass Pflegende nicht nur ihre genuinen Kernkompetenzen und die ärztlichen Anweisungen im Blick haben, sondern die Menschen auch in ihrer psychischen, sozialen, spirituellen und kulturellen Dimension wahrnehmen, eingebettet in deren jeweiliges Familiensystem. Um zu dieser Weite im Handeln und Denken zu gelangen, braucht es vorab jedoch ein Pflegeverständnis, das sich seiner ureigensten Aufgaben und Verantwortung bewusst ist. Angelika Abt-Zegelin unterstreicht dabei, „[d]ass diese Unterstützung in den täglichen Aktivitäten gepaart sein muss mit exzellenten Kenntnissen über Krankheit und Therapie, mit viel Detailwissen etwa zu Pathophysiologie, zur Pharmakologie, einer sehr guten Beobachtungs- und Entscheidungsfähigkeit.“⁴

Die Rolle der Pflege sei mehrdimensional, weil sie den Patienten nicht nur pflegerisch zur Seite stünde, sondern ihnen auch das medizinische Handeln näherbringe. Dieses ‚Da-Sein‘ würde den Kranken ein Gefühl der Sicherheit vermitteln, so Abt-Zegelin.⁵ Kritisch gibt sie zu bedenken, dass ‚patientennahe‘ Tätigkeiten zwar zur Grundpflege gehörten, aber vielfach als unqualifizierte Angelegenheit angesehen würden. Menschen bei der Umsetzung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu helfen, gehört aber zum Kernbereich der Pflege, weil hierbei nicht nur die Auswirkungen der Krankheit, sondern auch das individuelle Wahrnehmen der Einzelpersonen möglich sei.⁶ Ganzheitliche Begleitung setzt somit den Respekt vor dem Leben und der menschlichen Würde voraus. So steht im Ethik-Codex der Barmherzigen Brüder Österreich, dass „jeder Mensch – unabhängig von Alter, Ethnie, Geschlecht, Religionsbekenntnis oder Weltanschauung, Gesundheitszustand oder geistigem Urteilsvermögen, ja sogar (krimineller) Vorgeschichte – um seiner selbst willen geachtet werden muss.“⁷

3. Symptomkontrolle

Palliativ Pflegende sind im multiprofessionellen Setting in Symptomkontrolle bzw. Symptomlinderung besonders geschult, weil sie Patienten dadurch Erleichterung und somit Lebensqualität bringen können. Symptomlinderung bezieht sich im Alltag auf medizinische, pflegerische, soziale, spirituelle und kulturelle Aspekte. Mitarbeiter von Palliativstationen als auch von Mobilen Palliativteams bzw. Palliativkonsiliardiensten und Hospizen erheben beim Erstkontakt im jeweiligen Assessmentbogen unter anderem den Ist-Zustand bzw. die Symptomlast der Patienten und evaluieren diese regelmäßig.

3.1 Körperliche Bedürfnisse

Zu bedenken ist, dass körperliche Beschwerden von der Krankheit und/oder den Nebenwirkungen der Therapien ausgehen können.⁸ Bei Palliativpatienten sind schwerpunktmäßig folgende Symptome wahrzunehmen: „Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Fatigue, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Diarrhoe und Obstipation.“⁹ Quantitativ können z. B. die Schmerzstärke in Ruhe/Bewegung oder qualitativ das Empfinden von Symptomen von Bedeutung sein.¹⁰ Pflegende erheben aber nicht nur allfällige Beschwerden, sondern setzen die ärztlich angeordneten Therapien oder nicht medikamentösen Maßnahmen wie Wickel und Auflagen, basale Stimulation, Aromapflege und dergleichen um bzw. evaluieren regelmäßig, ob die gesetzten Maßnahmen Linderung verschaffen. Um den Kranken längerfristig Entlastung zu bringen, ist es wichtig, deren Bewältigungsstrategien und Unterstützungssysteme (Angehörige, Hauskrankenpflege, usw.) zu erfragen und ggf. mit den Patienten und deren Familien/Vertrauenspersonen einen Versorgungs- und Behandlungsplan zu erstellen.¹¹

3.2 Psychische Bedürfnisse

Palliativ Pflegende sind in ihrem Alltag vielfach mit der psychischen Not ihrer anvertrauten

Patienten und der von Angehörigen konfrontiert. Dabei ermöglichen sie durch ihren wertschätzenden und vertrauensvollen Umgang im Kontext mit anderen Berufsgruppen, dass Gefühle der Angst, der Hilflosigkeit, des Autonomieverlustes, der Hoffnungslosigkeit, der Trauer usw. angesprochen werden können. Mit den Kranken und deren Familien können in Folge Copingstrategien überlegt und erarbeitet werden.¹²

3.3 Spirituelle Bedürfnisse

Der nahende Tod wird meist durch aufkommende Sinnfragen begleitet, Lebensbilanz wird gezogen; die eigene Spiritualität gewinnt an Bedeutung.

Pflegende ermöglichen das Abschiednehmen von Menschen und ermutigen die Kranken, auf die Ressource der Spiritualität zurückzugreifen.¹³ Spirituelle Bedürfnisse können zu Beginn der Betreuung anders bewertet werden als in den letzten Lebenstagen. Daher ist es im Sinne der ganzheitlichen Betreuung wichtig, dass Pflegende achtsam nachfragen, ob in dieser Phase des Lebens ein seelsorgerischer Beistand gewünscht wird.

3.4 Soziale Bedürfnisse

Ob Patienten mit fortschreitender Erkrankung zuhause bleiben können oder nicht, hängt vielfach vom familiären Setting ab, aber auch von den räumlichen Gegebenheiten und den finanziellen Möglichkeiten. Aufgabe der Pflege ist es, eine Ist-Analyse zu machen und bei Bedarf Familiengespräche mit Patienten, Angehörigen/Vertrauenspersonen und dem multiprofessionellen Team zu organisieren. Nachdem eine Entscheidung getroffen wurde, ob eine Weiterbetreuung im häuslichen Umfeld, in einem Pflegeheim oder Hospiz stattfinden soll, beginnt für die Pflege das umfangreiche Entlassungsmanagement samt intra- und extramuraler Vernetzung.

3.5 Kulturelle Bedürfnisse

Menschen greifen besonders in Krisensituationen auf Rituale und Bräuche ihrer jeweiligen Kultur zurück. Daher sind palliativ Pflegende be-

sonders bemüht, diese speziell im Sterbeprozess zu berücksichtigen bzw. zu ermöglichen. „Indem man weiß, dass Schmerzerleben subjektiv ist und Schmerzäußerungen im kulturellen Zusammenhang stehen, bedarf es der Reflexion der eigenen Vorstellungen und kulturellen Prägungen sowie einer allgemeinen Kenntnis des Phänomens und kultureller Prägungen.“¹⁴

4. Kommunikation

Wer im Pflegeberuf arbeitet, sollte nicht nur Freude am Menschen, sondern auch Kommunikationsfähigkeit mitbringen, da das Gespräch mit den Patienten eine Form der Zuwendung darstellt.¹⁵ „Das ‚Werkstück‘ Mensch kann eben nicht leben, ohne angesprochen zu werden, und er ist insbesondere darauf angewiesen, wenn er krank ist.“¹⁶ Abt-Zegelin spricht von einer ‚spezifischen wohltuenden Kommunikation‘, die Pflegende ausüben, indem sie sanft berühren, mit einem Lächeln Zuspruch vermitteln, beim Umlagern den Blickkontakt suchen, behutsam zudecken, schweigend mit den Patienten eine schwierige Situation aushalten, aber auch tröstende Worte finden.¹⁷ „Pflegende berühren Menschen – [...]; daher ist Berühren und Berührtwerden ein Leitprinzip palliativer Pflege. Es geht um den ganzen Menschen und nicht nur um seine Symptome.“¹⁸ Um mit den Patienten und deren Vertrauenspersonen in eine gelingende Kommunikation eintreten zu können, brauche es im interprofessionellen Team primär einen Konsens zu verschiedenen Pflegephänomenen und eine ähnliche Wertehaltung, an denen sich die Kranken orientieren können.¹⁹ Husebø betont, dass Kommunikation und Ethik speziell am Ende des Lebens von besonderer Bedeutung seien, da diese Zeit mit vielen Herausforderungen verbunden sei und eine offene und wahrhaftige Gesprächsführung verlange.²⁰

5. Angehörigenbegleitung

Während sich die Medizin im Normalfall vorrangig den Patienten zuwendet, bewertet Palliative Care die Kranken und deren Familiensysteme als

gleichwertig.²¹ „Die Weltgesundheitsorganisation WHO betrachtet diese Kombination als äußerst wichtig, ermutigt die Familie, sich einzumischen und erwartet deren aktive Beteiligung an der Betreuung von Menschen mit einem unheilbaren und fortgeschrittenen Leiden.“²²

Familiensysteme sind bereits im herkömmlichen Lebensalltag sehr wichtig, aber noch mehr, wenn ein Mitglied erkrankt und auf Hilfe seiner Umgebung angewiesen ist. Die Praxis zeigt, dass trotz kleiner werdender Familienverbände der Wunsch groß ist, für den Kranken dasein zu wollen. Laut Krainz et al. seien Angehörige bzw. Vertrauenspersonen vielfach als Experten anzusehen, welche die Bedürfnisse der Kranken am besten kennen und benennen könnten.²³ Die Gefahr in der Begleitung besteht darin, dass der Fokus der Angehörigen sehr konzentriert auf die kranke Person gerichtet wird, sodass diese vielfach auf die nötige Selbstfürsorge vergessen.

Die Aufgabe palliativ Pflegenden ist es, die Angehörigen und Vertrauenspersonen emotional zu stärken, Fachinformation zu Pflegehandlungen zu geben, Symptommanagement zu vermitteln und mögliche professionelle Betreuungsangebote vorzustellen. Eine häufig von Angehörigen/Vertrauenspersonen angesprochene Thematik betrifft das Essen und Trinken am Lebensende, weil dahingehend die Bedürfnisse des Patienten zu den eigentlich wohlwollenden Forderungen seiner Familie massiv divergieren können. Hier hat die Pflege einen wichtigen Auftrag der Wissensvermittlung über physische Prozesse bei weit fortgeschrittener Erkrankung und in der Sterbephase.

Pflegende Kinder, sogenannte Young Carers, sollten erkannt und soweit unterstützt werden, dass die Hauptlast der Pflege keinesfalls an ihnen hängen bleibt.

6. Beihilfe zum Suizid

Der Österreichische Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat mit 11.12.2020 entschieden, dass das strafrechtliche Verbot der Beihilfe zum Suizid

(§ 78 StGB) verfassungswidrig ist und die Aufhebung mit Ablauf des 31. Dezember 2021 in Kraft tritt.²⁴

Obwohl die Pflegeberufe im Gesetzesentwurf des Justizministeriums nicht dezidiert genannt sind, werden sie dennoch massiv von der Gesetzesänderung betroffen sein. Anfragen um Suizidhilfe würden sich nämlich speziell an „Angehörige, Ärzte, Pflegende und Organisationen/Vereine“²⁵ richten.

Palliativ Pflegende sind regelmäßig mit der Ambivalenz von Lebens- und Todeswünschen ihrer Patienten konfrontiert und hören speziell in der Terminalphase von Angehörigen, dass sie das Leid des Kranken vielfach als unerträglich empfänden. Neitzke et al. weisen darauf hin, dass die Gesprächsführung als Suizidprävention bei geäußerten Suizidwünschen extrem wichtig sei. Nur wenn der Suizidwunsch nämlich ohne Tabus besprochen werden könne, sei es möglich, „direkte, indirekte oder versteckte Ankündigungen eines Suizids“²⁶ zu erkennen.²⁷ Das moralische Selbstverständnis professioneller und ehrenamtlicher Begleiter wird sich möglicherweise zukünftig verändern, weil zum natürlichen Tod nun auch die Option eines vorzeitigen und selbstverfügt Todes hinzukommt. Von behandelnden Teams wiederum könne der Suizidwunsch womöglich als Zurückweisung von ärztlichen und pflegerischen Betreuungsangeboten gewertet werden, argumentieren Neitzke et al.²⁸ Palliativ Pflegende waren bisher von ihrem Berufsethos und der Haltung ihrer Hospizgründerin Cicely Saunders geprägt, die sich dezidiert gegen jede Form der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen hat.²⁹ Diese lebensbejahende Haltung kann zu inneren Konflikten führen, wenn ein Patient die Möglichkeit des assistierten Suizids in Betracht zieht.

Der Gesetzgeber betont, dass keinerlei Zwang auf das Gesundheitspersonal ausgeübt werden darf, bei einem assistierten Suizid mitzuwirken. Es gilt der Gewissensvorbehalt, auch Institutionen können eine Mitwirkung ablehnen. Wichtig ist, dass sich die jeweiligen Teams mit der Thematik auseinandersetzen, wie man überhaupt

mit Todeswünschen von Patienten umgehen soll. Die Deutsche Palliativgesellschaft hat dazu im September 2021 einen hilfreichen Leitfaden publiziert.³⁰ Wie werden Sterbewünsche überhaupt wahrgenommen? Was bedeuten sie? Wie soll man darauf reagieren? Wie werden zeitliche Ressourcen für diese Gespräche strukturell eingeplant und ermöglicht? Es gibt ganz unterschiedliche Arten und Ausprägungen von Todeswünschen mit unterschiedlichem Handlungsdruck und verschiedenen Funktionen. Nicht jeder Mensch, der einen Sterbewunsch äußert, will auch wirklich sterben bzw. sich töten. Daher sollten Suizid- oder Sterbewünsche keinesfalls als ‚pure Handlungsaufforderung‘ verstanden werden. Es ist daher ein Gebot der Stunde, dass Ärzte und Pflegende sich mit dem Tabu Sterben auseinandersetzen und lernen, mit Todeswünschen kompetent umzugehen.³¹ Viele Kranke zeigen auf eindrucksvolle Weise und bei entsprechender Begleitung, wie man selbst in so große Herausforderungen hineinreifen und auch darin einen Sinn finden kann.

Bezüglich Beteiligung der Pflege hat zudem der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner eine klare und sinnvolle Stellungnahme verfasst, die besagt, dass Beihilfe zum Suizid keinen Teil des Pflegeberufs darstelle. „Das Heimpersonal beteiligt sich darum in keiner Weise an der Vorbereitung eines begleiteten Suizids.“³² Es wird aber auch vermerkt, dass die Patienten keinesfalls im Stich gelassen werden sollen. Wenn sich Pflegepersonen an der Beihilfe zum Suizid beteiligen wollen, dann als Privatpersonen und außerhalb ihres Arbeitsplatzes.³³

7. Offen gesagt

Der Pflegeberuf ist einer der schönsten Berufe überhaupt, weil man Menschen sehr nah sein und helfend zur Seite stehen kann.

Zunehmend aber klagen Pflegende über einen immensen Arbeitsdruck und über permanente Überlastung, welche individuelle Pflegemaßnahmen nur mehr bedingt zulassen.

Körperlicher und seelischer Druck führen immer wieder zu Krankenständen und längerfristigen Ausfällen. Da es selten Ersatz gibt, müssen Teamkollegen die offenen Dienste übernehmen. Diese Zusatzbelastung kann jedoch zu erneuten Krankenständen führen. Wenn man bedenkt, dass in den nächsten Jahrzehnten europaweit eine massive Überalterung auf uns zukommen wird³⁴ und der Pflegenotstand in Österreich bereits jetzt schon spürbar ist, stellt sich die Frage, wer zukünftig die professionelle Betreuung alter und kranker Menschen übernehmen soll. Die Aufsplittung der Pflege in Diplomierte, Pflegefachassistenten sowie Pflegeassistenten bringt aufgrund der Ausbildungskaskade nicht nur Einsparungen, sondern auch qualitative Einbußen mit sich. Wie die Erfahrung zeigt, sind FH-Abgänger oftmals nur kurz im Pflegeberuf zu finden, weil es an attraktiven Jobangeboten mangelt. Zu überdenken ist ebenfalls, ob Abteilungshilfen, die eine sehr wertvolle und wichtige Arbeit verrichten, zukünftig dem Pflegepersonal zugeordnet bleiben und somit den Personalschlüssel der Pflege beeinflussen. Apropos Personalschlüssel: Es wäre wichtig, den Personalschlüssel adäquat anzupassen, da sich Krankheitsverläufe unter anderem durch moderne Therapien verlängern und diese den Pflegeaufwand um ein Vielfaches erhöhen sowie immer mehr Spezialwissen verlangen. Hinzu kommt der massive organisatorische Aufwand und die Tatsache, dass Stationsleitungen, wie in deren Stellenbeschreibung angegeben, zahlreiche Managementaufgaben zu erledigen haben, aber vielfach nicht aus dem Personalschlüssel herausgerechnet sind.

Wenn in den nächsten Jahren nicht eine massive Aufstockung im Pflegebereich erfolgt und Familien ihre Kranken nicht bis zum Tod begleiten können, bleibt zu befürchten, dass sich Schwerkranke aufgrund mangelnder Alternativen vermehrt zur Inanspruchnahme der Beihilfe zum Selbstmord gezwungen sehen werden. Von „Autonomie“, „Selbstbestimmung“ oder „Wahlfreiheit“ kann in diesem Kontext freilich nicht mehr gesprochen werden.

Will man junge Menschen langfristig für den Pflegeberuf gewinnen, wird man nicht nur mehr Ausbildungsplätze schaffen, sondern auch die Arbeitsbedingungen und die monetäre Abgeltung so anpassen müssen, dass die Zufriedenheit am Arbeitsplatz einem Burn-Out oder Ausstieg aus der Pflege zuvorkommt.

Es braucht daher österreichweit rasche und langfristige Lösungen. Dass kraft der vielen engagierten Pflegemitarbeiter in Palliativ- und Hospizeinrichtungen hervorragende Arbeit geleistet und von Patienten und deren Angehörigen/Vertrauenspersonen mit sehr viel Dank gewürdigt wird, soll über die beschriebenen Probleme nicht hinwegtäuschen. Halten wir uns in jedem Fall bewusst, dass es noch viel zu tun gibt, auch wenn scheinbar nichts mehr zu machen ist.

Referenzen

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 15. 12. 2021.

- 1 § 14 Abs 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl I 108/1997, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.
- 2 § 15 Abs 1 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl I 108/1997.
- 3 § 16 Abs 1, 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl I 108/1997.
- 4 Abt-Zegelin A., *Der Ausverkauf der Pflege*, DBfK Die Schwester Der Pfleger (2010); 09: 060-062, hier S. 061.
- 5 Vgl. ebd., S. 062.
- 6 Vgl. ebd., S. 060/061.
- 7 Barmherzige Brüder Österreich, *Ethik-Codex, Orientierung an Hospitalität und Professionalität*, Verlag Facultas, Wien (2010), S. 16.
- 8 Vgl. Krainz Ch., Pachschwöll G., *Praxiskonzept für Palliativpflege – Grundlagen für einen individualisierten Pflegeprozess*, Verlag Facultas, Wien (2015), S. 62 f.
- 9 Ebd., S. 63.
- 10 Vgl. Doll A., *Die Bedeutung der Pflege im Palliative-Care-Konzept*, Deutsche Krebsgesellschaft E. V., Forum DKG 3/07, S. 60.
- 11 Vgl. Krainz Ch., Pachschwöll G., siehe Ref. 8, S. 63 f.
- 12 Vgl. Doll A., siehe Ref. 10, S. 61.
- 13 Vgl. Ebd., S. 61.
- 14 Schrems B., *Verstehende Pflegediagnostik*, Verlag Facultas, Wien (2008), S. 123.
- 15 Vgl. Gestrich R., *Gespräche mit Schwerkranken – Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal*, 2. Auflage, Verlag Kohlhammer, Stuttgart (1998), Punkt 1.1.
- 16 Ebd., S. 10.
- 17 Vgl. Abt-Zegelin A., siehe Ref. 4, S. 062.
- 18 Doll A., siehe Ref. 10, S. 61.
- 19 Vgl. Krainz Ch., Pachschwöll G., siehe Ref. 8, S. 55.
- 20 Vgl. Husebø S., Klaschik E., *Palliativmedizin – Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*, Springer-Verlag, Berlin (1998), S. 7.
- 21 Vgl. Knipping C., *Lehrbuch Palliative Care*, Verlag Hans Huber, Bern (2006), S. 372.
- 22 Ebd. S. 372.
- 23 Vgl. Krainz Ch., Pachschwöll G., siehe Ref. 8, S. 65.
- 24 Vgl. Verfassungsgerichtshof, *Erkenntnis vom 11.12.2020, G139/2019-71*, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vfgh/JFT_20201211_19G00139_00/JFT_20201211_19G00139_00.html.
- 25 Neitzke G. et al., *Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM), Ethik in der Medizin (2013); 25: 349-365; Neitzke G. et al., Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe*, Verlag Springer, Berlin/Heidelberg (2013), ohne Seitenangabe (Online-Publikation vom 3. Mai 2013), hier Absatz III, Punkt 2.
- 26 Ebd., Absatz V, Punkt 1.
- 27 Ebd.
- 28 Ebd. Absatz VI, Punkt 3.3.
- 29 Hospiz Landesverband Niederösterreich: *Glossar*, <http://www.hospiz-noe.at/wissenswertes/glossar/>.
- 30 *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistent in der Hospizarbeit und Palliativversorgung* (29.9.2021), <https://www.dgpalliativmedizin.de/>.
- 31 Kummer S., *Das neue Sterbeverfügungsgesetz und die Folgen*, in: AHOP News 2/2021, MedMedia Verlag, S. 19-20.
- 32 Curaviva Schweiz, *Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeinstitutionen sowie in Institutionen für erwachsene Menschen mit Behinderung. Grundlagenpapier* (2013), S. 5, <https://www.curaviva.ch/files/PXE4Q1Q/Suizidbeihilfe-Grundlagenpapier-von-CURAVIVA-Schweiz-2013.pdf>.
- 33 Vgl. ebd.
- 34 Laut Statistik Austria waren im Jahr 2021 1,7 Millionen Österreicher älter als 65 Jahre (19,1 Prozent), bis 2040 soll diese Zahl auf etwa 2,5 Millionen steigen (26,4 Prozent), vgl. Statistik Austria, *Pressemitteilung 19.11.2020* (online).