

Assistierter Suizid beim alten Menschen – Lösungsoption oder Öffnen der Büchse der Pandora?

Goldgruber Judith, Pilgram Erwin Horst, Hartinger Gerd, Hermann Brigitte

Veröffentlicht am 14. September 2021

Erstveröffentlichung: Goldgruber, J., Pilgram, E. H., Hartinger, G. & Hermann, B. (2021). Assistierter Suizid beim alten Menschen – Lösungsoption oder Öffnen der Büchse der Pandora? *ProCare*, 26(6-7)

Kurzfassung

Als „assistierter Suizid“ wird die Selbsttötung mit helfender Beteiligung eines anderen bezeichnet. Diese soll künftig in Österreich straffrei sein. Der Verfassungsgerichtshof stuft den zugehörigen § 78 StGB als verfassungswidrig ein, da er das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen beeinträchtigt, der nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu töten. Als nicht verfassungswidrig erachtete der Verfassungsgerichtshof hingegen den § 77 StGB, in welchem es um die Tötung auf Verlangen geht. In Hospiz- und Palliativeinrichtungen werden diese Themen nicht nur theoretisch diskutiert, sondern täglich mit PatientInnen und deren Angehörigen angesprochen. Wenige Tage vor seinem Tod schilderte ein Patient des Albert Schweitzer Hospizes, warum der assistierte Suizid für ihn keine Lösungsoption ist. Ein Alternativvorschlag zu einer Liberalisierung der Sterbehilfe ist die Aufklärung über die bereits bestehenden Möglichkeiten der Selbstbestimmung (z. B. PatientInnenverfügung) sowie der weitere Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung.

Schlüsselwörter: Assistierter Suizid, Sterbehilfe, Selbstbestimmung, Palliativmedizin, Hospiz

Abstract

Assisted suicide is the act of killing oneself with the help of another person. In the future, this will become a legal practice in Austria. The Constitutional Court classified the respective § 78 of the Austrian Penal Code (StGB) as unconstitutional, as it impairs the right to self-determination of a person who is no longer capable of killing himself. However, the Constitutional Court did not declare § 77 of the StGB, which deals with killing on demand, to be unconstitutional. In hospice and palliative care facilities, these issues are not only discussed theoretically, but also addressed on a daily basis with patients and their relatives. A few days before his death, a patient of the Albert Schweitzer Hospice described why assisted suicide was not a viable option for him. An alternative idea to the liberalization of assisted suicide is the education about the already existing possibilities of self-determination (e.g. patient's living will) as well as the further expansion of hospice and palliative care.

Keywords: Assisted suicide, euthanasia, self-determination, palliative care, hospice



Was ist ... assistierter Suizid?

Die Selbsttötung mit helfender Beteiligung eines anderen wird als „assistierter Suizid“ bezeichnet und kann dem „einsamen Suizid“, der alleine ausgeführt wird, gegenübergestellt werden [1].

Der Begriff „Sterbehilfe“ kann Hilfe *beim* Sterben (Sterbebegleitung, Sterbebeistand) oder Hilfe *zum* Sterben (gezielte Herbeiführung des Todes) bedeuten. Immer öfter wird er in der letztgenannten Bedeutung als Ersatz für den Begriff „Euthanasie“ gebraucht. In der Debatte um die Sterbehilfe taucht eine Reihe von uneinheitlich gebrauchten Begriffen auf, etwa Sterbehilfe „aktiv - passiv“ oder „direkt – indirekt“. „Unter ‚passiver Sterbehilfe‘ wird i.d.R. der Verzicht oder Abbruch lebensnotwendiger Maßnahmen bei einem Sterbenden, unter ‚indirekter passiver Sterbehilfe‘ die Inkaufnahme des früher eintretenden Todes als Nebenfolge einer schmerzlindernden Maßnahme und unter ‚aktiver Sterbehilfe‘ (aktiver, direkter Euthanasie) die Tötung eines Patienten durch einen Dritten verstanden.“ [2]



Ein Blick in die Literatur mit Public Health-Brille ...

Die zentralen Elemente einer künftigen Regulierung des assistierten Suizids

„§ 78. Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“ [3]

Der Verfassungsgerichtshof bewertete diesen Paragraphen des Strafgesetzbuches (StGB) als verfassungswidrig, da er das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen beeinträchtigt, der nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu töten. Wenn jemand also nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu töten und dazu die Hilfe eines anderen in Anspruch nimmt, soll diese Hilfeleistung straffrei bleiben. Als nicht verfassungswidrig stufte der Verfassungsgerichtshof hingegen den § 77 StGB ein, in welchem es um die Tötung auf Verlangen geht. „§ 77. Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“ [4]

Das bedeutet, wir haben zwei verschiedene Tatbestände, einmal den assistierten Suizid, der nicht mehr bestraft werden soll und einmal die Tötung auf Verlangen, die weiterhin unter Strafe gestellt bleibt. Obwohl ursprünglich die Selbsttötung mit helfender Beteiligung eines anderen (assistierter Suizid) adressiert wurde, weitete sich das Thema aus und die öffentliche Diskussion verlagerte sich hin zur Fremdtötung auf Verlangen. In Hospiz- und Palliativeinrichtungen werden diese Themen täglich mit PatientInnen und deren

Angehörigen angesprochen; nicht nur theoretisch diskutiert.

Im Zusammenhang mit einer künftigen Regelung des assistierten Suizids müssen dem Dachverband Hospiz Österreich und der Österreichischen Palliativgesellschaft nach fünf Prinzipien sichergestellt werden [5]:

- Rahmenbedingungen für einen Tod in Würde und Sicherheit
- Schutz vulnerabler Gruppen
- Verhinderung von Missbrauch
- Freiheit von Zwang bei der Entscheidung über das eigene Lebensende
- Freiheit von Zwang und Sicherheit für das Gesundheitspersonal

In der Diskussion um Sterbehilfe – sowohl als assistierter Suizid als auch aktive Sterbehilfe – wird sehr oft das Argument der Autonomie des Einzelnen bemüht. Hierbei ist zu beachten, dass verschiedene Autonomiekonzepte vorliegen. Wenn Autonomie als eine souveräne Entscheidung zum Leben gesehen wird, dann ist auch die Situation zu beachten, in der dieser Wunsch artikuliert wird – nämlich in einer ausgeprägten Schwäche – somit ist die Souveränität nicht mehr gegeben.

Auch das Weiterleben als Zwang zu betrachten bedeutet, dass man das Leben als ein Ergebnis einer freien Entscheidung ansieht. Dem ist aber nicht so, sondern es ist das uns Gegebene – uns Zugefallene. Solange eine Gesellschaft der Illusion unterliegt, dass das Leben kontrollierbar und planbar ist, solange wird das Schicksalhafte juristisch und politisch – dem Mainstream folgend – nicht akzeptiert werden. Das

Fundament jeglicher ethischen und daher auch einer juristischen Überlegung (Legalität hat der Ethik zu folgen und nicht umgekehrt) liegt in der anthropologischen Sichtweise einer Gesellschaft: Was ist der Mensch? Die Bezogenheit des Einzelnen auf den Mitmenschen als soziales Wesen ist nicht vereinbar mit einer Entsolidarisierung durch die Verabsolutierung des Ich. Wenn durch einen Kontrollverlust über mein Leben dieses als unwürdig definiert wird, dann sieht man nur Defizite und Abhängigkeiten. Aber gerade das Aufeinander-angewiesen-Sein ist der humanistische Ausdruck einer Gesellschaft. Das Sterben und der Tod sind als lebensimmanente Wirklichkeiten nicht aus der sozialen Beziehungsfähigkeit des Menschen zu separieren. Die *Ars moriendi* – die Kunst des Sterbens – einer Gesellschaft muss als Antwort auf die Unverfügbarkeit und Solidarität füreinander gestärkt und gelehrt werden. [6]



Im Gespräch mit ...

Brigitte Hermann, Primaria der Albert Schweitzer Klinik und Palliativmedizinerin mit langjähriger Erfahrung in der Betreuung von sterbenden, multimorbiden, hochaltrigen PatientInnen.

Brigitte Hermann ist Fachärztin für Innere Medizin mit einer Spezialisierung in Palliativmedizin, Allgemeinmedizinerin und hat eine postgraduelle Ausbildung für Psychotherapie. Sie leitet die Abteilung «Medizinische Geriatrie» der Albert Schweitzer Klinik und ist Stellvertreterin des ärztlichen Leiters.

Frau Hermann, Hospiz oder assistierter Suizid – Was gibt Sterbenden Mut? Aus der Perspektive einer Palliativmedizinerin zeigten Sie im Rahmen eines PfingsTALKs der Weizer Pfingstvision 2021 vier Aspekte auf, die gegen eine Liberalisierung der Sterbehilfe sprechen. Es sind dies (1) praktische Abgrenzungsprobleme zwischen assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe, (2) ohnehin vorhandene Möglichkeiten der Leidenslinderung, (3) andere Möglichkeiten der Begrenzung des eigenen Lebens bei

schwerer Krankheit und (4) problematische gesellschaftliche Veränderungen.

Warum ist die Abgrenzung des assistierten Suizides von einer aktiven Sterbehilfe in der Praxis oft so schwierig?

„Es zeigt sich schon an der Debatte: Obwohl der VfGH nur den § 78 StGB zum assistierten Suizid gekippt hat, entsteht eine breite Debatte um die Liberalisierung der Sterbehilfe als gesamtes. Das halte ich für bedenklich. Und ich glaube, dass es ganz schwierig ist, ein Gesetz so zu formulieren, dass keine Interpretationsspielräume hinsichtlich Missbrauchs möglich sind.

Dazu ein Beispiel aus meiner Praxis als Palliativmedizinerin: Eine 83-jährige Patientin ist beginnend dement, seit Jahren sehr klagsam und leidend. Sie äußert immer wieder, auch ihren Angehörigen gegenüber, nicht mehr leben zu wollen. Ich frage mich in so einer Situation schon, ob das wirklich ein ernstzunehmender Sterbewunsch ist, der hier geäußert wird oder ob diese Dame vielleicht andere Bedürfnisse hat. Möglicherweise handelt es sich um einen Hilferuf nach Zuwendung? Ich hätte schon ein Problem damit, wenn ich eines Tages als Ärztin verpflichtet wäre, so einem Menschen einen assistierten Suizid als ‚Hilfeleistung‘ anbieten zu müssen. Das wäre nicht in meinem Sinne und ich könnte das auch nicht, muss ich ganz ehrlich sagen.“

Sie betonen, dass die Palliativmedizin bzw. die hospizliche Betreuung wohl bei den allermeisten unheilbar Erkrankten ausreichende Möglichkeiten bietet, Leiden zu lindern, so dass es nicht unbedingt notwendig ist, um eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu debattieren. Welche Möglichkeiten sind das?

„Es gibt in der Palliativmedizin sehr viele medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen, um Leiden möglichst hinten zu halten. Das Ziel von Palliativmedizin ist immer, Lebensqualität so gut als möglich bis zuletzt zu erhalten bzw. zu verbessern. Lebensqualität wird von vielen verschiedenen Ebenen determiniert: physische, psychosoziale, spirituelle und ethische Aspekte spielen hier eine Rolle. Das können wir nur im interdisziplinären Team abdecken. Palliativmedizin ohne Team geht nicht, weil es eine ganzheitliche und umfassende Betreuung ist, die es hier braucht. Wir versuchen dem Aspekt der

Autonomie, der Selbstbestimmung gerecht zu werden. Wir fragen uns: Was ist der (mutmaßliche) Wille des Patienten bzw. der Patientin? Was steckt dahinter?“

Neben dem assistierten Suizid stehen auch andere, geeignetere Möglichkeiten der Begrenzung des eigenen Lebens bei schwerer Krankheit zur Verfügung. Welche?

„Ich glaube, dass es jetzt schon ausreichend Möglichkeiten und Instrumente gibt, das Selbstbestimmungsrecht zu leben, indem wir z.B. eine PatientInnenverfügung machen oder eine Erwachsenenvertretung einrichten oder auch einen Vorsorgedialog führen. Mit diesen Instrumenten kann man durchaus als Betroffener sein Lebensende mitgestalten, in dem Sinn, dass man lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt. Das entlastet Betroffene oft sehr. Ich glaube, dass diese Instrumente noch viel zu wenig bekannt sind. In dem Ausmaß, in dem Palliativmedizin erfolgreich eingesetzt wird, in dem Ausmaß reduziert sich auch ein möglicherweise anfänglich bestehender Sterbewunsch, das kann ich aus meiner über 30-jährigen Berufserfahrung sagen. Ich habe niemanden erlebt, der bis zuletzt an einem Sterbewunsch festgehalten hätte.“

Welche problematischen gesellschaftlichen Veränderungen sind durch eine Liberalisierung der Sterbehilfe zu befürchten? Stichwort „Slippery Slope-Effekt“?

„Das ist der wichtigste und schwerwiegendste Aspekt. Ich glaube, dass es, wenn eine Liberalisierung der Sterbehilfe kommt, damit auch zu gesellschaftlichen Veränderungen kommt, die äußerst problematisch sind. Wir sehen das ja auch schon an Beispielen in Ländern, in denen die aktive Sterbehilfe oder auch der assistierte Suizid schon seit Jahren erlaubt ist, wie etwa in der Schweiz, in Belgien, den Niederlanden oder auch im US-Bundesstaat Oregon. Hier gab es eine problematische Ausweitung der Sterbehilfe auch auf depressive oder demente PatientInnen. Man spricht von einem Slippery Slope-Effekt, d.h. man begibt sich auf einen rutschigen Hang, wo es dann sehr schwer ist, gewisse Bewegungen wieder rückgängig zu machen. Ich befürchte, dass ein sozialer Druck entsteht, dass sich sterbensranke

Menschen zunehmend veranlasst fühlen, eine Tötung auf Verlangen oder einen assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, um den Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen“.

Ich entnehme Ihren Ausführungen, dass das mit der Selbstbestimmung keine so einfache Sache ist?

„Das ist wohl auch die schwierige Frage bei der Neuregelung der Sterbehilfe. Laien gehen meistens davon aus, dass es sich bei den Betroffenen um junge, kognitiv intakte Personen handelt, die eine Beihilfe zum Suizid wünschen. Die Mehrzahl der Sterbenden ist aber hochaltrig und oft kognitiv eingeschränkt. Deshalb ist diese Meinung problematisch. Die Neuformulierung des betreffenden Paragraphen sollte daher Missbrauch oder gesellschaftlichen Druck auf Personen, die an psychischen Erkrankungen leiden unbedingt ausschließen. Mein alternativer Vorschlag zu einer Liberalisierung der Sterbehilfe ist die Aufklärung über die bereits bestehenden Möglichkeiten der Selbstbestimmung (z.B. PatientInnenverfügung) sowie der weitere Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.“

Um eine Verbesserung der Versorgung älterer Menschen im Sinne der Prinzipien der integrativen regionalen Versorgungsplanung [7] zu ermöglichen, bedarf es, neben begrüßenswerten Bemühungen palliativpflegerisches Know-how in die Pflegeheime zu bekommen (HPCPH), einer Adaptierung der Planung der Hospizbetten-Kapazitäten. Denn ein gewisser Teil der PatientInnen, welcher eigentlich die Diagnose und Indikation von HospizpatientInnen aufweist, wird in der Praxis auf anderen geriatrischen Langzeitstationen versorgt, weil Hospizbetten fehlen. HospizpatientInnen, die nicht in einem Hospizbett, sondern in einem Bett außerhalb des Hospizes versorgt werden, zahlen häufig dreimal so viel für ihre „Hospiz-Versorgung“ bzw. wollen oder können sich keine leisten. Somit entsteht indirekt – über den Faktor der fehlenden Finanzierung (fehlende Leistbarkeit) – ein ableitbarer Wunsch nach Sterbehilfe. Im Jahr 2020 wurde – nach den ersten Ansätzen im Bundesregierungsprogramm 2004 – neuerlich ein Entschließungsantrag im Parlament zur

Regelfinanzierung gefasst [8]. Im Jahr 2021 wurde „Hospiz“ als Teilbereich der Task Force Pflege deklariert [9]. Der Bedarf an Hospizbetten wird auf 30 pro 1 Mio. EinwohnerInnen geschätzt [10]. Unsere Erfahrung zeigt auf einen höheren Bedarf hin, da die älteren HospizpatientInnen in der zugrunde liegenden Bedarfsprognose unterrepräsentiert wurden. Eine Erhöhung der Hospizbetten für sterbenskranke Ältere wäre daher indiziert, um eine Altersdiskriminierung (Ageism) zu verhindern.



Esther* erzählt ...

Wenige Tage vor seinem Tod sprach ein schwer krebserkrankter und bettlägeriger 62-jähriger Hospizpatient mit Erwin Horst Pilgram über den assistierten Suizid. Der Palliativmediziner berichtet im Folgenden über dieses Gespräch und gibt auch Einblick in seine über Jahrzehnte gesammelten Erfahrungen mit Schwerstkranken und Sterbenden.

Erwin Horst Pilgram ist Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach Geriatrie und einer Spezialisierung in Palliativmedizin, Allgemeinmediziner und Theologe. Er leitet das Albert Schweitzer Hospiz und das Department für Langzeitgeriatrie der Albert Schweitzer Klinik.

„Wir haben sehr oft über das Sterben gesprochen. Unter Tränen und mit gebrochener Stimme sagte der Patient eines Tages, dass er es nicht mehr aushält. Assistierter Suizid war für diesen Menschen aber keine Option, weil er in seiner völligen Abhängigkeit Sicherheit verspürte und sagte: ‚Ich vertraue euch.‘

Er wusste genau, worauf er zugeht. Er hoffte, den Jackpot zu knacken. Er hatte noch so viel vor. Was erwartete er sich vom Leben? Er sagte: ‚Ich lebe jeden Tag und jeder Tag ist schön.‘ Seine letzte Form der Vitalität war geistige Wachheit. Heilung war nicht in Sicht. Eine lebensbedrohliche Notfallsituation zeichnete sich ab (Darmverschluss).

Im Beisein seiner Gattin sprachen wir darüber, was wir tun werden, wenn diese Situation eintritt. In allen Gesprächen verband stets das Menschsein die betreute

und die betreuende Seite, denn wir sind Menschen, die Menschen begleiten. Pflege mit Herz bis zuletzt wird in erster Linie von Mitmenschen erbracht, nicht von ProfessionistInnen.

Es gab die Zusage von uns an ihn, wenn eine Situation auftritt, die wir nicht aktiv beherrschen können, wird er schlafen. Das gab ihm die Sicherheit, die er für seinen letzten Weg brauchte. Wenn seine Symptome zu schlimm waren, half ihm eine medikamentöse Schmerztherapie bei gleichzeitiger Beruhigung (Analosedierung), die wir über Tage wieder zurücknahmen, wenn es ihm besserging. Seine letzten beiden Tage verbrachte er unter permanenter Analosedierung.

In der aktuellen Diskussion reden viele gesunde Menschen über den assistierten Suizid. Sie spielen juristische Gedankenspiele durch, sprechen sehr viel über Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit. In der Gesellschaft ist die Betonung der sogenannten Individualität ganz modern. Aus der Sicht der Betroffenen haben wir relativ wenige Rückmeldungen. Gerade diese sind aber ganz besonders wertvoll.

Alte Menschen, die eine Betreuung brauchen, pflegerisch als auch medizinisch, haben keine absolute Selbstbestimmtheit mehr. Sie sind abhängig und das muss uns bewusst sein. Diese Menschen brauchen Hilfe. ‚Herr Doktor, alt werden ist nicht schön‘, höre ich von vielen alten Menschen. Meine Antwort lautet: ‚Aber besser als die Alternative. Und die Alternative heißt jung sterben.‘ Dem stimmen alle PatientInnen zu, vor allem dann, wenn ich sie darauf hinweise, wie viele Menschen sie kennen, die gerne dieses Alter erreicht hätten, in dem die PatientInnen sind.

Viele alte Menschen sind in Situationen, in welchen sie in ihrer Hilflosigkeit ihre Abhängigkeit annehmen müssen. Kein alter Mensch, der in eine Pflegesituation kommt, sagt: ‚Juhu, jetzt bin ich endlich im Pflegeheim‘ oder ‚Juhu, jetzt kommt die Hauskrankenpflege zu mir‘. Alle sind geknickt und bis zu einem gewissen Grad auch verzweifelt, dass sie jetzt in einer Abhängigkeit sind. Und das ist ein Auftrag an unsere Gesellschaft, nämlich

unseren alten Leuten, die nicht mehr diese Vitalität und Leistungsstärke haben, zu sagen: ‚Wir sind für euch da.‘ Die Option zu sagen: ‚Okay, dann nimmst halt eine Tablette oder kriegst eine Spritze‘ ist m.E. gerade in Situationen, in denen man seine Abhängigkeit schwer annehmen kann, keine Alternative, weil es eines enormen Prozesses bedarf, Hilfe anzunehmen. Dazu sollte ein Gesundheitssystem und dazu sollten vor allem Pflegeinstitutionen stehen. Meine Überzeugung und meine Erfahrung aus vielen, vielen Gesprächen mit HospizpatientInnen ist, dass der Wunsch nach Sterbehilfe verstummt, wenn man sagt: ‚Wir sind für dich da.‘“



Unsere Stellungnahme

Assistierter Suizid – der falsche Weg

Die Geriatrischen Gesundheitszentren stehen – Albert Schweitzer verpflichtet – für die Ehrfurcht vor dem Leben als die ethisch begründete Antwort des Menschen in seiner Gebrechlichkeit, Endlichkeit und Sinnsuche. Die Würde des Menschen liegt einzig und allein in seiner Existenz – und ist nicht abhängig von Selbstbestimmung und Sinnggebung. Die Wertschätzung in jeder Lebensphase – auch im Sterben – ist der Weg der Humanität als Haltung gegenüber denen, die an ihrer Seite einen Mitmenschen brauchen, der sagt: „Ich bin für dich da.“

Albert Schweitzer Institut für Geriatrie und Gerontologie

Albert-Schweitzer-Gasse 36, 8020 Graz

Tel.: +43 316 7060 1060

ggz.asigg@stadt.graz.at

Quellen

- [1] Neitzke, G., Coors, M., Diemer, W., Holtappels, P., Spittler, J.F. & Würdehoff, D. (2013). Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). Ethik Med. 25. 349-65 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-013-0256-6>, 11.07.2021
- [2] Pöltner, G. (2002). Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: Facultas. S. 251-2.
- [3] Rechtsinformationssystem des Bundes (2021). Strafgesetzbuch § 78, verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P78/NOR12029621>, 11.07.2021
- [4] Rechtsinformationssystem des Bundes (2021). Strafgesetzbuch § 77, verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P77/NOR12029620>, 11.07.2021
- [5] Dachverband Hospiz Österreich & Österreichische Palliativgesellschaft. (2021). Gemeinsame Stellungnahme von Dachverband Hospiz Österreich und Österreichischer Palliativgesellschaft zum aktuellen Diskussionsprozess über eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids. Verfügbar unter: https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1390&u=0&g=0&t=1626950096&hash=ad92eab075695cce3b1a6f2548016f15895b4f03&file=fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/Stellungnahme.AS.DV.OPG.final.pdf, 11.07.2021
- [6] Maio, G. (2012). Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer. S.356ff, S. 375ff.
- [7] Eglau, K., Fülöp, G., Mildschuh, S. & Paretta, P. (2020). ÖSG 2017: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Hrsg. Verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/2_%C3%96SG_2017_Textband_Stand_18.12.2020.pdf [22.07.2021], S. 26-27.
- [8] Sieber, N., Neßler, B., Wimmer, P., Mühlberghuber, E. & Bernhard, M. (2020). Entschließungsantrag: Sicherstellung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativversorgung, im Besonderen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Verfügbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/A/A_01021/index.shtml [22.07.2021].
- [9] Rappold, E., Juraszovich, B., Weißenhofer, S. & Edtmayer, A. (2021). Taskforce Pflege: Begleitung des Prozesses zur Erarbeitung von Zielsetzungen, Maßnahmen und Strukturen. Gesundheit Österreich GmbH & Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Hrsg. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/Archiv-2021/Februar-2021/Taskforce-Pflege--Ergebnisbericht.html> [22.07.2021].
- [10] Gesundheit Österreich GmbH. (2014). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene (2., aktualisierte Auflage). Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html> [22.07.2021], S. 11.

