

Sprache schafft Realität

Wie wir etwas benennen, macht einen wesentlichen Unterschied in unserer Kommunikation. Die Fokussierung bei der Wortwahl ist ein Qualitätsmerkmal eines Teams bzw. der Fachkompetenz. Seit wir dieses Dokument in Umlauf gebracht haben, bemerken wir, dass sich die Sensibilität bei der Wortwahl merklich erhöht hat. Immer wieder werden neue Formulierungen diskutiert und aufgenommen. Es macht einen feinen Unterschied, wenn diese Begriffe verwendet werden und in unsere Alltagssprache Einzug halten.

- ☞ Im Rahmen der Sterbeverfügungsgesetzes sprechen wir von einer todbringenden Substanz oder einem Präparat, niemals von einem Medikament.
- ☞ Wir unterscheiden: nicht jeder Todeswunsch ist ein Suizidwunsch, nicht jeder sterbewillige Mensch ist automatisch ein suizidwilliger Mensch
- ☞ Der Begriff „**ehrenamtliche Hospizbegleiter*innen**“ unserer Hospizteams spiegelt die Wertehaltung der Hospizbewegung. Ehrenamt versus Freiwilligenarbeit: das Wort „Ehre“ spiegelt eine Haltung, der Begriff „Freiwillige“ impliziert, dass es auch Unfreiwillige geben könnte, auch hauptamtliche Mitarbeiter*innen sind hoffentlich freiwillig dabei. Im Gespräch mit Ehrenamtlichen wurde sichtbar, dass sie sich selbst eher als Hospizbegleiter*innen benennen, denn als Mitarbeiter*innen.
- ☞ **Es sind niemals Menschen palliativ – der Behandlungsansatz ist palliativ.** Um den Entwicklungen der Hospiz- und Palliativbewegung Rechnung zu tragen, müssen wir vermehrt danach fragen, wie Teams der spezialisierten Hospiz- und Palliativbetreuung die **Mitarbeiter*innen der Grundversorgung** (Hausärzte, mobile Betreuungsdienste, Pflegeheime und Kliniken) **unterstützen** können, damit diese Palliativpatient*innen gut begleiten und betreuen können und ab wann eine Betreuung/Begleitung durch ein Team der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung notwendig wird. **Die Frage ab wann ein Mensch Palliativpatient ist, ist zweitrangig.** Nicht jede Palliativpatient*in benötigt spezialisierte Hospiz- Palliativbetreuung. Die Frage lautet: Welche Problematiken machen eine zusätzliche Betreuung oder eine Übernahme der Patient*innen in eine spezialisierte Hospiz- oder Palliativbetreuung notwendig?
- ☞ Als Landesverband sprechen wir gemäß dem Wording der GÖG Broschüre zur Hospiz- und Palliativversorgung Ö. von einem **Hospizteam** anstelle von Mobiles Hospizteam und in der Kurzform von **HT** anstelle von MHT.
- ☞ Viele Hospiz- und Palliativteams bezeichnen jene Menschen, die sie begleiten als **BETROFFENE** und nicht als Klient oder Patient. Von unserem Tageshospiz sprechen wir als einem Ort der Begegnung.

- ☞ Wir besprechen von **Therapiezieländerung**, um ein Höchstmaß an Lebensqualität bis zuletzt anzubieten. Dabei kann es vorkommen, dass wir ganz bewusst auch einmal etwas nicht mehr tun, aber stattdessen etwas anderes anbieten.
- ☞ Wir bieten in den stationären Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung eine **stabilisierende Hospizpflege** an, auf Palliativstationen mit dem Ziel einer Entlassung.
- ☞ **Sterben zulassen** – gemäß der Empfehlung der Bioethikkommission wollen wir die Begriffe "aktive", "passive" und "indirekte Sterbehilfe" nicht mehr gebrauchen und dafür von "Sterbebegleitung", "Therapie am Lebensende" und "Sterben zulassen" sprechen.
- ☞ Der Begriff **„situationsbezogene Medikation“** löst den alten Begriff „Bedarfsmedikation“ ab (rechtlicher Hintergrund).
- ☞ Die Abgrenzung zwischen spezialisierter Hospiz- und Palliativversorgung und der Grundversorgung liegt im Ausmaß der Komplexität und der Intensität einer Betreuung und in der individuellen Betreuungssituation (seitens der Betroffenen und der Begleiter).
- ☞ Ein Mensch wird meistens lieber **umsorgt** als versorgt.
- ☞ Wir haben **Stationäre Hospize in Niederösterreich** und keine Hospizstationen, da diese Formulierung in anderen Bundesländern zu Missverständnissen führt. Alle unsere 7 Stationären Hospize in NÖ sind organisatorisch an eine Pflegeheim-Struktur angegliedert und entsprechen den ÖBIG/GÖG Richtlinien für Stationäre Hospize.
- ☞ Der **Umgang mit den verstorbenen Menschen** sagt etwas anderes aus, als wenn wir Verstorbenen versorgen.
- ☞ Wir arbeiten in der Hospiz- und Palliativstruktur immer in einem **interprofessionellen Team** (inter – gemeinsam, mehrere Professionen) darum sprechen wir auch vom **Interprofessionellen Basislehrgang IBL**.
- ☞ Wir bemühen uns redlich den Menschen zu erklären, dass ein Mensch, der Schmerzen hat, von Morphin haltigen Präparaten nicht süchtig wird und sprechen doch von „Suchtgiftmitteln, die wir im Suchtgiftdepot“ aufheben – richtiger wäre es von **stark wirksamen Analgetika** zu sprechen.
- ☞ **Erwartetes Versterben** ist oft eine gute Formulierung, um andere Strukturen darüber zu informieren, dass es sich hier um eine palliative Begleitung handelt.
- ☞ „Schmerzerfassungsinstrumente“, die bei Menschen mit Demenz in der Geriatrie verwendet werden, erfassen nicht den Schmerz, sondern die Mitarbeiter*innen erfassen mit diesen Instrumenten eine Verhaltensveränderung des betroffenen Menschen.

- ☞ Mit dem 2. Erwachsenenschutzgesetz sprechen wir nicht mehr von nicht einsichts- und urteilsfähigen Menschen, sondern von nicht **entscheidungsfähigen Menschen**. Verschiedene Formen der Erwachsenenvertretung lösen die Sachwalterschaft ab und wir sprechen nicht von „Menschen mit besonderen Bedürfnissen“ (denn sie haben dieselben Bedürfnisse wie alle anderen), sondern von **volljährig vertretenen Personen**.
- ☞ Mit der Novelle zum Patientenverfügungsgesetz wurde die beachtliche Patientenverfügung zur **nicht verbindlichen Patientenverfügung** (der VSD Vorsorgedialog entspricht eben dieser).
- ☞ Wie sprechen heute von **Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen** anstelle von An- und Zugehörigen.