

Vor wenigen Monaten legte die *Gesundheit Österreich GmbH* im Auftrag der *Bundesgesundheitsagentur* einen Praxisleitfaden zur systematischen Umsetzung von *Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung (2018)* in Österreich vor.

Der Praxisleitfaden knüpft an die WHO-Definition von Palliative Care an, wonach es um das Vorbeugen und Lindern von Leiden geht, d. h. von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Alle Symptome seien „in ihrer biopsychosozialen spirituellen Gesamtheit zu erfassen“, so die Autoren. Strukturen zu schaffen, die eine optimale Betreuung am Lebensende gewährleisten, tut dringend not. Ebenso wichtig ist es aber, Palliative Care als Querschnittsmaterie zu begreifen, die nicht einfach nur an Spezialisten delegiert werden darf.

Spiritual Care bewirkt ein höheres physisches Wohlbefinden bei Patienten, wie Untersuchungen zeigen. Auch das Personal profitiert davon. Dank Palliative Care steigt die Qualität der Kommunikation zwischen dem interprofessionellen Team, dem Patienten und seinen Angehörigen signifikant.

Patienten mit schweren Erkrankungen oder Menschen am Lebensende leiden nicht nur physisch. Sie haben auch existentielle, emotionale Nöte und sind mit Sinnkrisen konfrontiert. Die spirituelle Begleitung von Patienten muss daher ein wesentlicher Teil einer personenzentrierten Medizin sein. Für Patienten in existentiellen Krisen hat die spirituelle Dimension große Bedeutung. Themen wie Hoffnung, Sinn des Lebens, Versöhnung oder der Friede mit Gott sind häufig zentrale Fragen, für die es im Bereich von Krankenhäusern und Pflegeheimen Ansprechpartner braucht. Ärzte und Pflegenden müssen daher intensiver geschult werden, um spirituelle Nöte zu erkennen, zu lindern und auch verstärkt Seelsorger und Geistliche in das palliative Betreuerteam einzubinden.

Die spirituelle Begleitung schafft Räume, in denen Patienten nach und nach Worte finden für ihre Ängste und Nöte – und wo es auch Heilung gibt. Die Integration von Seelsorge im Gesundheitsbereich brachte die Belgierin Anna F. Vandenhoeck, Koordinatorin des *European Network for HealthCare Chaplains* (ENH-

CC) kürzlich auf einem Kongress in Rom (2018) bildlich auf den Punkt: „Seelsorge ist nicht wie eine Zierkirsche auf der Torte, sondern wie die Hefe, die ein unsichtbarer, aber wesentlicher Bestandteil für das Gelingen des Ganzen ist“.

In einer hoch technisierten Medizin, die mehr auf die Krankheit als auf den Kranken fixiert ist, rücken wir durch Palliative Care wieder den vulnerablen Menschen in den Mittelpunkt, den Patienten in seiner Ganzheit. Schmerztherapie ist extrem wichtig. Aber existentielle Fragen am Lebensende können nicht mit einer Dosis Morphin behandelt werden. Damit wird die gesamtgesellschaftliche Dimension von Palliative Care deutlich. Eine Verbesserung der palliativen Betreuung führt auch zu einer Humanisierung der Medizin.

Die vorliegende Ausgabe von *Imago Hominis* ist Band 2 der erweiterten Vorträge des interdisziplinären Symposiums „Dem Sterbenden begegnen. Herausforderungen an Medizin und Pflege“, das im November 2017 in Wien stattfand.

Die ärztliche Kunst bestehe darin, den Patienten einerseits niemals ohne Hoffnung alleine zu lassen, ohne aber andererseits durch sinnlosen Aktivismus und Täuschung falsche Hoffnungen zu wecken, um so den Patienten über den Tod gleichsam „hinwegzuschwindeln“, betont der Internist Johannes Bonelli (*IMABE*, Wien). Der Mediziner analysiert in seinem Beitrag fünf medizinethische Fragestellungen, die für die Betreuung von Menschen am Lebensende relevant sind und legt differenziert dar, worin der ethische Unterschied zwischen einem legitimen Sterbenlassen und der Herbeiführung des Todes (aktiv oder durch schuldhafte Unterlassung) besteht.

In der modernen Medizin wird das Sterben als Endpunkt von akuten oder chronisch verlaufenden Krankheitsprozessen pathologisiert. Doch der Tod ist keine Krankheit, sondern ein natürlicher Teil des Lebens. Die Onkologen Günther Gastl und Walpurga Weyrer (*Medizinische Universität Innsbruck*) zeigen gemeinsam mit der ärztlichen Leiterin der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft Elisabeth Medicus in ihrem Beitrag auf, dass das Sterben kein schablonenhaftes Management verträgt. Die Personalisierung des Sterbenlassens muss wieder Teil der Kunst der Medizin werden.

Der deutsche Soziologe Reimer Gronemeyer (*Universität Gießen*) lobt die Hospizbewegung, die eine neue Kultur des Umgangs mit dem Lebensende geschaffen hat, in der ein würdiges Sterben möglich geworden ist. Kritisch sieht er hingegen den zunehmenden Konkurrenzdruck zwischen Ehrenamt und dem Anspruch, das Sterben zu professionalisieren.

Wenn aus dem ehrenamtlichen Engagement Schritt für Schritt eine ökonomisierte Dienstleistung werde, besteht laut Gronemeyer die Gefahr, das Sterben allmählich nur noch als ein perfekt qualitätskontrolliertes und evaluierbares Projekt abzuwickeln.

Hilde Kössler (*Vorsitzende der AG Palliativpflege der Österreichischen Palliativgesellschaft*) zeigt auf, dass in der Praxis nicht so sehr der Sterbeort für Schwerstkranke relevant ist wie die Sicherheit einer kontinuierlichen, lindernden medizinischen Versorgung, durch die es möglich wird, Geborgenheit in sozialen Beziehungen zu erleben.

Die Sozialwissenschaftlerin Irena Schreyer (*Hochschule Ravensburg-Weingarten*) beschreibt, welchen Belastungen Angehörige ausgesetzt sind, wenn sie selbst zu Pflegenden von Sterbenden werden und wie man ihren Bedürfnissen bestmöglich entgegenkommen kann.

S. Kummer