

„Heilen manchmal, lindern oft, trösten immer“, so lautete die alte Definition des Arztberufes vor dem Allmachtglauben der High-Tech-Medizin. Diese gibt vor, praktisch immer heilen zu können, will sich nicht mit dem blossen Lindern von Leiden am offensichtlichen Lebensende begnügen, und wenn das nicht möglich ist, bleibt kein Facharzt am Bett des Sterbenden, um zu trösten.

Lindern und trösten hat sich die Palliativmedizin zum Ziel gesetzt, aber sie kämpft, wie vor 30 Jahren noch die Gerontologie und davor die Pädiatrie, um ihre Anerkennung als vollwertiges Medizinfach. Der erste Stiftungslehrstuhl für Palliativmedizin wurde 1999 aus Mitteln der Pharmaindustrie (!!!) eingerichtet, der zweite in Aachen im Jahre 2005. Aber von der Chirurgie, der Onkologie oder der Anästhesie wird die Palliativmedizin immer noch mit Arroganz und Herablassung behandelt. Erst 2009 wurde sie als Pflicht- und Lehrfach in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen, gelehrt wird sie aber bis heute nur an 6 von 36 Universitäten in Deutschland.

Dementsprechend fehlt es uns an einer vernünftigen, bedarfsgerechten Versorgungsstruktur für Schwerkranke und Sterbende, es fehlt an Fortbildungsangeboten für Haus- und Fachärzte, und es fehlt v.a. an einer leistungsgerechten Vergütung durch die Krankenkassen.

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V. begrüßt ausdrücklich diese dem Patienten, dem Menschen wieder zugewandte Palliativ-Medizin, die den Tod als den natürlichen Abschluss eines Lebens wieder akzeptiert durch „liebvolles Unterlassen“, wie der bekannte Palliativ-Mediziner Professor Gian Domenico Borasio es nennt. Vorausgesetzt, der Patient wird nicht nur in die Entscheidung mit einbezogen, sondern er bestimmt selbst über den Zeitpunkt und die einzusetzenden Mittel im Sterbeprozess. Falls er dazu nicht mehr in der Lage ist, müssen seine in einer Patientenverfügung hinterlegten Willensäußerungen respektiert werden. Therapiewünsche sind nach dem neuen Gesetz von 2009 nicht bindend, wohl aber die Ablehnung einer Therapie. Allgemein gilt: Fürsorge ist leichter bei rechtzeitiger Vorsorge.

Die DGHS ist sich wohl bewusst, dass letztlich nur ein kleiner Teil, etwa 1 Prozent der Sterbenden, von diesem Selbstbestimmungsrecht auch wirklich Gebrauch macht. Freitodhilfe, Hilfe beim und zum Sterben wird weniger aus somatischen als aus psychologischen Gründen dann gefordert, wenn der Sterbevorgang unerträglich geworden ist, wenn der Verlust der subjektiv empfundenen Lebensqualität unumkehrbar geworden ist.

Die Patientenverfügungen sind entstanden, weil die Gesellschaft das Vertrauen in die ärztliche Hilfe und Zuwendung am Lebensende verloren hat. Wenn es der Palliativmedizin gelingt, die Erleichterung des Sterbevorganges durch geeignete und gewünschte medizinische Massnahmen und den Verzicht auf letzte „heroische“ Eingriffe zu bewirken, zu einem Zeitpunkt, den der Patient zu bestimmen hat, dann kann sie der uneingeschränkten Unterstützung durch die DGHS gewiss sein.

(Elke Baezner im November 2011)

Herausgeber: dgpd – DGHS-Press-Dienst

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.

Kronenstr. 4, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0)30/212 22 33 70, Fax: +49 (0)30/21 22 23 37-77

Internet: www.dghs.de und www.humanesleben-humanesterben.de

V.i.S.d.P.: Elke Baezner