

## Stellungnahmen

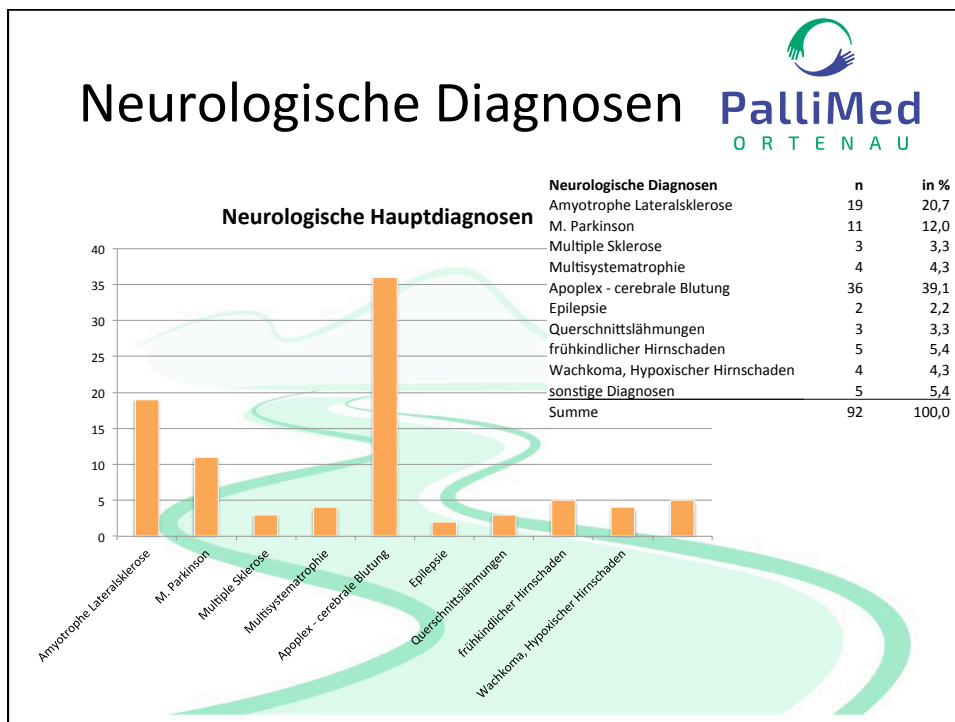
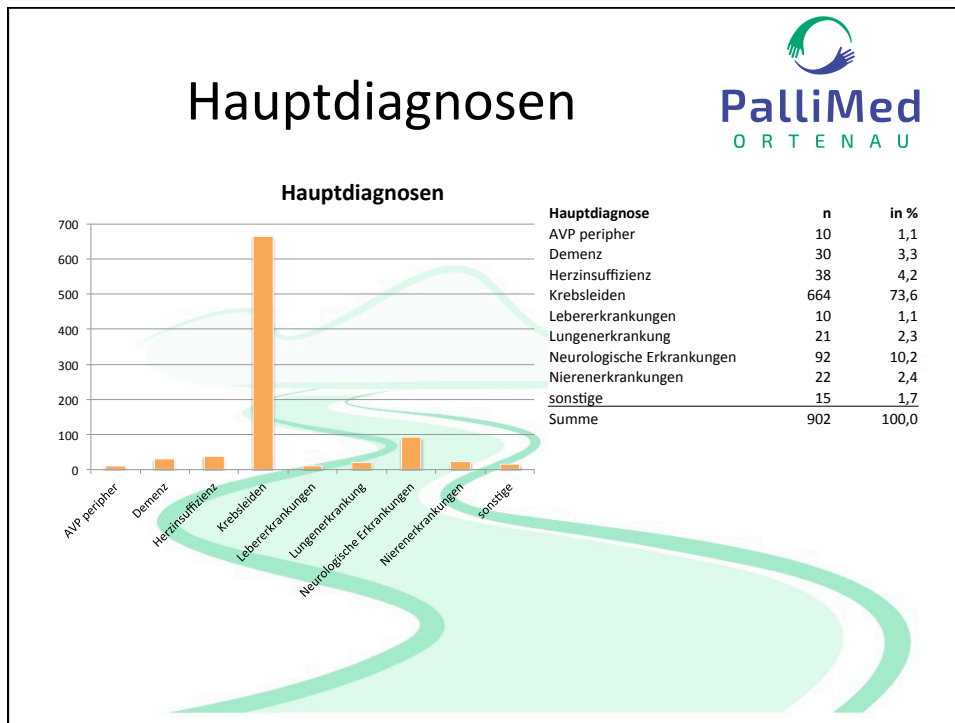


- Eines Palliativarztes (Horst Gaiser)
- der Hospizgemeinschaft Ortenau Klinikum (Dorothea Brust-Etzel)
- der Seelsorge
- eines Hausarztes
- einer Hospizleitung
- einer Heimleitung (Herr Hammel)
- DISKUSSION

## Meine Statistik



- Ich habe in den letzten fünf Jahren über 900 Palliativpatienten gesehen
- Davon sind 845 verstorben
- Davon 2 Menschen mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation
- Beide Menschen hatten eine langjährige neurologische Erkrankung mit einer massiv eingeschränkten Lebensqualität



## Wie gehe ICH damit um?



- Ich habe bisher keinen ärztlich assistierten Suizid durchgeführt
- Ich habe zahlreiche Beatmungen beendet
- Der Unterschied zwischen einer Beendigung einer Beatmung mit entsprechender Analgosedierung und dem ärztlich assistierten Suizid ist rechtlich groß, in der realen Durchführung minimal
- Ich spreche den Suizid sehr oft aktiv an (gerade bei Jägern, Polizisten und Menschen aus dem Gesundheitswesen)

## Wie gehe ICH damit um?



- Ich kann viele Patienten verstehen, die sich einen ärztlich assistierten Suizid wünschen
- Ich entwickle mich langsam vom Gegner zum Befürworter (für bestimmte Patientengruppen)
- Ich werde keinen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mehr so begleiten, wie den erlebten
- Es geht nicht nur um den Patienten, sondern auch um die Familie und das Umfeld
- Der Sterbende darf/muss gehen, die anderen müssen mit dem Erlebten weiterleben

## Wie gehe ICH damit um?



- Ich habe unterschiedliche Kommunikationsstrategien und hoffe immer die richtige für den jeweiligen Patienten zu finden:
  - „Was würden Sie sagen, wenn ich Ihnen morgen eine Infusion mit einer Überdosis Morphinum legen würde, sie müssen sie halt selbst aufdrehen“
  - „Sie sagen Sie wollen ihrer Frau/Mann nicht zur Last fallen und ihren Ehepartner nicht mit ihrer Pflege überfordern, was würden sie wollen, wenn ihr Ehepartner krank und sie gesund wären“
  - Zeit gewinnen: „Sie haben jetzt jahrelang gegen ihren Erkrankung gekämpft und so viele Behandlungen durchgestanden. Ich kann verstehen, das sie keine Chemotherapie mehr wollen, aber evtl. geht es Ihnen ohne Chemotherapie in 14 Tagen viel besser und ihre Frau braucht noch ein bisschen Zeit um ihre Entscheidung nachvollziehen zu können“
  - Palliative Sedierung statt ärztlich assistierter Suizid: keine Polizei, keine Befragung der Angehörigen, natürlicher Tod, „wir helfen Ihnen, wenn das natürliche Ende naht“

## Patientengruppen



1. Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen:
  - Suizid sollte ermöglicht werden, aber mit hohen Hürden und Wartezeiten
2. Menschen mit Krebserkrankungen:
  - Suizid ist selten unter palliativer Begleitung
  - Ärztlich assistierter Suizid ist eigentlich nicht notwendig oder sinnvoll
  - Zusicherung einer palliativen Sedierung ist für die allermeisten Patienten ausreichend
  - **Was man verspricht, muss man halten !!!!**
3. Menschen mit neurologischen Erkrankungen:
  - Begleitung dieser Patienten ist sehr anspruchsvoll und anstrengend
  - Bei eingeschränkter Willensbildung ist eine ethische Fallbesprechung oft hilfreich
  - Bei geistiger Klarheit kann ich den oft gehörten Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid fast immer nachvollziehen
  - Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist eine ZUMUTUNG
  - **Diese Menschen sollten eine Unterstützung erhalten**

## MEIN PROBLEM



### Nur Unterstützen:

- Klare Rolle
- Offene Kommunikation
- Kontakt herstellen
- Begleiten bis Sterbehelfer kommt
- Ist eigentlich feige?!

### ODER durchführen:

- Patient hat das Vertrauen
- Keine Zwangsmittelschaften
- Wäre mit Verschreibung vom Natrium-Pentobarbital viel einfacher!?