

Zugunsten der besseren Lesbarkeit werden weiblichen Formen verwendet.
Dabei sind die grammatikalischen männlichen Formen jeweils mitgemeint und bedacht

Handreichung

zu Sterbewünschen im Rahmen der Versorgungsplanung nach § 132g SGB V in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Die Handreichung betrachtet die Frage, wie im Rahmen der GVP¹ auf von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geäußerte Sterbewünsche eingegangen werden kann.

Die Handreichung bezieht sich damit auf individuelle konflikthafte Situationen zu unterschiedlichen Zeiten/Phasen des Lebens, die ethisch begründete Entscheidungen erfordern. Im Mittelpunkt steht der Wunsch des Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung beziehungsweise das ethische Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. Ziel ist es, das Selbstbestimmungsrecht und damit ein möglichst hohes Maß an Autonomie des betroffenen Menschen zu sichern und zu stärken.

Die Handreichung unterstützt ebenfalls alle in die konflikthafte Situation und Beratungssituation eingeschlossenen Personen wie Pflege- und Betreuungskräfte, Angehörige, rechtliche Betreuer*innen, behandelnde Ärzt*innen, Seelsorger*innen und GVP-Berater*innen.

Die Handreichung ersetzt keine ethischen Fallgespräche bzw. Palliative-Care-Gespräche, sondern fordert im Gegenteil nachdrücklich dazu auf. Die Handreichung will bereits vorhandene Papiere zu diesem Thema ergänzen und nicht aufheben.

¹ GVP – Gesundheitliche Versorgungsplanung

Sterbewünsche

Obgleich es aktuell noch keine gesetzliche Regelung zum Assistierte Suizid gibt, werden wir als GVP-Beraterinnen hin und wieder mit diesem Thema konfrontiert.

Wir sollten uns als Beraterinnen nach § 132g SGB V zunächst darauf verständigen, dass stellvertretende Anfragen nach einem assistierten Suizid bzw. das stellvertretende Ansprechen eines Sterbewunsches von uns zurückgewiesen werden – sofort und ohne Ausnahmen. Einen Sterbewunsch kann nur jeder Mensch für sich äußern, da kann es keine Stellvertretung geben!

Auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fragen in den Besprechungen zu medizinischen Notfällen bzw. dann folgenden gesundheitlichen Zustandsverschlechterungen nach den Möglichkeiten, einer völligen Pflegebedürftigkeit zu entgehen. Sie haben Vorstellungen von ihrem Leben, haben Lebensentwürfe und Lebensziele und vor allem ein Bild von sich, dem oft eine völlige Pflegebedürftigkeit nicht entspricht. Sie sehen Mitbewohnerinnen, die vollständig auf Pflege angewiesen und sehr viel „schwächer“ sind als sie; sie erkennen, dass ihr Leben ein anderes, aktiveres ist und definieren in diesem Vergleich ihre Lebensqualität. Damit unterscheiden sie sich nicht von Menschen ohne kognitiven Beeinträchtigungen, die in den GVP-Beratungen auch ihre Lebensqualität im Vergleich mit „schlechter“, „pflegebedürftig(er)“, „abhängig(er)“, „unselbstständig(er)“ definieren und für sich „Rote Linien“ benennen.

Es kann dazu kommen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wie andere Menschen auch für sich definieren, einen Zustand, einen Grad von Pflegebedürftigkeit, Ausweglosigkeit und Schmerzen nicht mehr erleben zu wollen und in diesem Zustand einen Assistierte Suizid wünschen. Wir können in diesen Fällen nur darauf hinweisen, heute keine Regelung besprechen und dann festlegen zu können, wie sie in diesem nicht gewollten Zustand aus dem Leben scheiden können. Wir werden sie auf die Möglichkeiten von Palliative Care hinweisen – auf alle Möglichkeiten von der psycho-sozialen Begleitung über die Gabe von Schmerzmitteln bis hin zur palliativen Sedierung, die aktuell in der Begleitung am Lebensende möglich sind. Wir werden heute keine genaue Regelung i.S. einer Handlungsanweisung an später Versorgende („Wenn ich so bin, dann will ich ...“) mit ihnen besprechen.

Ganz anders sieht es aus, wenn wir eine „dringende“ Anfrage nach einer Versorgungsplanung bekommen. Jede GVP-Beraterin kennt diese Situationen in ihrer Einrichtung: Eine Bewohnerin ist krank, schwer krank bis sterbenskrank und dann fragen Ärztinnen nach einer Patientenverfügung. Rechtlichen Betreuerinnen und den Gruppenmitarbeiterinnen fällt manchmal erst dann auf, dass eine GVP-Beratung doch eine gute Sache wäre. Dann soll oft alles sehr schnell gehen.

Wenn es den Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen schlecht geht, sie ihren Zustand und die Prognose als eher schlecht einschätzen und sie sich äußern können, kann das der Punkt sein, an dem sie nicht mehr leben wollen.

Unsere Bewohnerinnen können das sehr klar und deutlich äußern oder zunächst unauffällig und überhörbar, manchmal in „Vergleichen“, allgemeinen Hinweisen und Fragen. Die Äußerungen sind so unterschiedlich wie die Menschen selber.

So unterschiedlich Menschen in ihren Lebensläufen und Lebensvorstellungen sind, so unterschiedlich sind ihre Definitionen und Wertungen von Lebensqualität.

An diesem Punkt wollen sie vielleicht Hoffnung und Zuspruch. An diesem Punkt wollen sie vielleicht tatsächlich einen Ausweg aus ihrem Leben – möglicherweise nicht radikal und endgültig. Möglicherweise würde ihnen ein Abstand genügen, eine Auszeit von Behandlungen, Unsicherheit, Angst und Schmerzen.

Mit den behandelnden Ärzten ist zu überlegen, ob eine zeitweise leichte Sedierung zur Entspannung und notwendigen Erholung i.S. einer Auszeit möglich wäre. Wird dies medizinisch unterstützt, kann es mit dem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und seinem Umfeld besprochen werden. Auch hierbei hat nur der einwilligungsfähige Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen die Handlungshoheit und bestimmt.

Äußerungen zu Sterbewünschen – ob nun in Beratungen von „Gesunden“ und ganz hypothetisch („... also, wenn mal irgendwann ... vielleicht ... dann!“) oder von Schwerstkranken und sehr konkret - müssen:

- gehört
- respektiert
- beantwortet
- umgesetzt

werden.

Sterbewünsche hören

Man hört nur, was man hören will!

Bei für uns unangenehmen oder verunsichernden Themen sind wir manchmal wie der alte Großvater, der trotz seines Hörgerätes nicht hört, dass er etwas tun soll, der es aber hört, wenn wir über ihn flüstern.

Wenn sich schon deutliche Hinweise auf einen Sterbewunsch überhören lassen, dann trifft das vermehrt da zu, wo die Hinweise sehr leise, sehr undeutlich und sprachlos erfolgen, d.h. ohne Lautsprache. Allen in der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Erfahrenen sind Situationen und Menschen bekannt, die sich ohne Lautsprache sehr deutlich äußern, die deutlich machen, was sie wollen und was sie nicht wollen. Eine gute Kenntnis des Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und eine genaue Beobachtung unter bestimmten Fragestellungen unterstützen die Mutmaßung eines Willens, auch wenn dieser nicht mit Worten und nicht sehr genau formuliert werden kann.

Als GVP-Beraterinnen hören wir auch auf das, was nicht über die Sprache gesagt wird. Wir werden in den Beratungen auf die Beobachtungen und das Wissen (aus dem Alltag) von vertrauten Bezugspersonen zurückgreifen – das sind Angehörige, Gruppenmitarbeiterinnen, Mitarbeiterinnen in den Werkstätten, Fördergruppen und Seniorenclubs, Therapeutinnen, Seelsorgerinnen, Ärztinnen, Krankenschwestern und rechtliche Betreuerinnen.

Es geht nicht darum, Äußerungen (verbal oder nonverbal) von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit Bedeutung zu füllen, die auf unseren eigenen Werten beruht. Wir sind nicht dazu angehalten, Äußerungen anderer in unser Wertesystem zu übertragen. Es geht darum, ohne alle Wertungen und Erwartungen auf das zu hören und das zu sehen, was uns angeboten wird. Offen zu sein für alles, ist das Gebot. Das muss sich nicht mit unserer Meinung und Wertung decken. Und es hat doch sein Gewicht und ist wahr.

Es gibt mittlerweile in verschiedenen Kommunikations- und Symbolsystemen nicht-sprachliche Bilder für Krankheit, Schmerzen, Sterben, Tod, Beisetzung. Es gibt Bilder und Fotos dazu, es gibt Filme und kurze Videosequenzen. All diese Kommunikationsmittel, die wir auch nutzen, wenn es z.B. um Wünsche wie Geburtstagsgeschenke geht, sollen wir nutzen, wenn es um die Frage geht, ob wir einen Sterbewunsch hörten oder uns irrten. Leider kann man sich auch beim genauen Hinhören irren. Macht nichts, man kann nachfragen. Ein Nachfragen – vielleicht unter Zuhilfenahme von anderen Kommunikationsmitteln - zeigt dem Gegenüber, dass wir es nicht überhört haben und sicher im Hören und Verstehen sein wollen.

- Hören Sie genau hin – vor allem auf die Zwischentöne.
- Interpretieren Sie nicht – fragen Sie stattdessen gezielt nach.
- Nutzen Sie einfache Sprache; nutzen Sie Kommunikations- und Bildsysteme für eindeutige Aussagen.
- Hören Sie genau hin und fragen Sie gezielt nach, bevor Sie antworten und sich äußern.
- Hören Sie auf Aussagen über Verhaltensänderungen und nicht nur auf sprachliche Mitteilungen.

Sterbewünsche respektieren

In den letzten Jahrzehnten kam es zu einem Paradigmenwechsel in der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: Von „Pfleglingen“ und „Zöglingen“ hin zu Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Autonomie, Gleichberechtigung und Teilhabe in allen Lebensbereichen. Fiel es noch vor 40 Jahren schwer, sich eine Partnerschaft oder Ehe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vorzustellen, so geht es heute darum, wie die Bedingungen und Unterstützungsangebote für dieses Ehepaar sein müssen, damit das Zusammenleben gelingen kann. Diese gleichberechtigte gesellschaftliche Entwicklung bezogen auf die Lebenswünsche von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird es auch geben müssen, wenn es um ihre Sterbewünsche geht. Autonomie, Gleichberechtigung und Teilhabe sind nicht in Abhängigkeit vom Thema teilbar oder einzuschränken. Das setzt voraus, dass wir als GVP-Beraterinnen ruhig und respektierend mit geäußerten Sterbewünschen umgehen können. Das wird nicht immer leicht sein. Wir müssen den Sterbewunsch nicht nachvollziehen oder unterstützen. Wir müssen uns – als Mitarbeitende in unseren Einrichtungen, als Christinnen, als gute Menschen – nicht schuldig oder als Versagerinnen fühlen, wenn wir mit Sterbe-

wünschen konfrontiert werden. Die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wollen nicht sterben, weil sie uns nicht mehr aushalten können. Ein Sterbewunsch ist zunächst nichts anderes als der Wunsch, das eigene Leben so, wie es ist, nicht mehr weiterleben zu wollen.

Darüber müssen wir sprechen können – ohne Abwehr, ohne Negieren und Ausweichen, ohne Schuldzuweisung (an den Sterbewilligen oder uns oder sonst jemanden), ohne „Abwinken“, ohne Bagatellisierung und ohne Überhören.

Zum Respektieren gehört, dass wir nach den Gründen von Sterbewünschen fragen.

Sind es hypothetische Beratungen („irgendwann einmal ...“), wird vielleicht die Beobachtung geäußert, dass die Versorgung einer sterbenden/schwerstkranken Mitbewohnerin nicht gut war, dass sie viel allein war, dass sie Schmerzen hatte, dass sie sich gequält hatte, dass sie immer im Bett liegen musste, dass sie ihre Lieblingsessen nicht mehr essen konnte ... das sind Beobachtungen, die im Transfer auf einen selbst Angst machen. Hier hilft es, wenn man diese Beobachtungen möglichst emotionslos sammelt, genau anschaut und bespricht. Dann wird dem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, der uns mit einem Sterbewunsch für so eine ähnliche Situation gegenüber sitzt, so manche Erklärung Angst nehmen können. Als GVP-Beraterinnen, die in die beobachtete Versorgungssituation nicht eingebunden waren und die mit einem gewissen Abstand dazu etwas sagen können, sind wir nicht diejenigen, die im Nachgang entschuldigend etwas erklären; wir sind Fremde, die eine neutrale Sicht einbringen können. Das kann helfen, ohne Schuldgefühle und ohne das Erlernte „so etwas sagt man nicht“ den Sterbewunsch zu besprechen.

Sind es in palliativen Situationen ganz konkrete Sterbewünsche, die auch mit einem gewissen inneren und Zeitdruck geäußert werden, können wir zunächst – falls das noch nicht geschehen sein sollte – alle Möglichkeiten aus dem palliativmedizinischen Kontext nutzen. Dies muss sofort und ohne zeitliche Verzögerung erfolgen. Und es muss offen erfolgen, so dass der Sterbewillige sieht, dass die Äußerung seines Sterbewunsches sofort etwas bewirkt. Idealerweise werden Versorgungssysteme vor der Äußerung eines Sterbewunsches aktiv!

Vor allem die Einbeziehung der SAPV hat sich bewährt und bringt Entlastung in die gesamte Situation und für alle an der Versorgung Beteiligten. Es gibt Bewohnerinnen, die nicht auf ihrer Wohngruppe bleiben wollen, sondern ihre letzten Tage lieber in einem Hospiz leben wollen.² Deshalb sollte es auch den Hinweis immer geben – bei gleichzeitigem Anfragen in einem stationären Hospiz.

Sterbewünsche wechseln sich öfter ab mit einem Drang zu leben; diese Ambivalenz ist normal und muss bedacht werden. Damit ist in jeder Begegnung wieder neu auf die Äußerungen zu hören.

- Hören Sie wertungsfrei zu.
- Machen Sie sich immer klar, dass es nicht um Ihre Einstellung und Werte geht.
- Erkennen Sie an, dass Sie ein fremdes Leben nie umfänglich und in all seinen Facetten würdigen können.
- Lassen Sie sich beim Hören ganz auf den anderen ein. Vergessen Sie Einrichtungsmeinung und Meinungen von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen.
- Vergessen Sie nicht, dass ein Sterbewunsch keine Ablehnung Ihrer Person ist.
- Denken Sie daran, dass es bei der Äußerung eines Sterbewunsches kein Richtig und kein Falsch gibt.
- Die Gespräche dazu sind kein „Kampf“, bei denen einer als Verlierer vom Platz gehen wird.

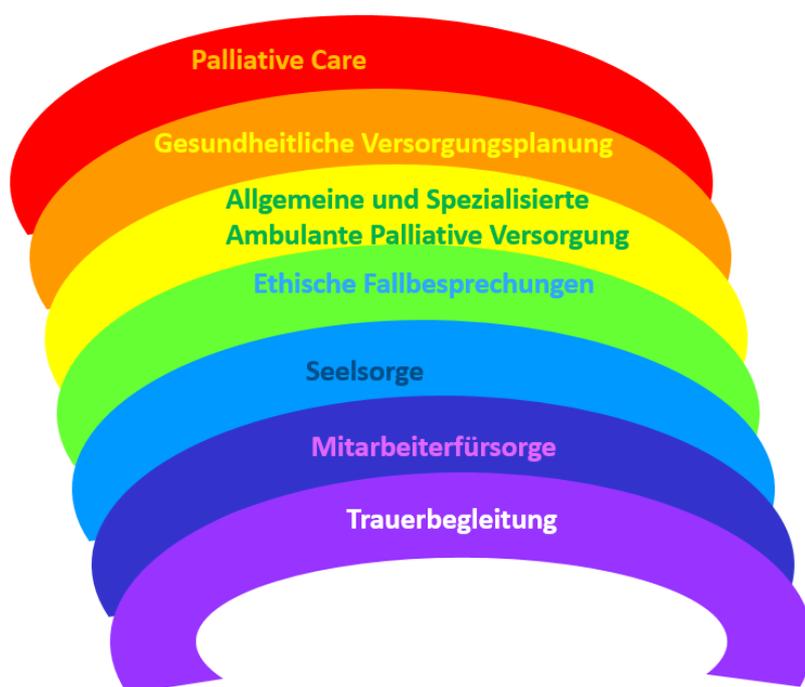
² Hier wird deutlich, dass alle Möglichkeiten der Palliativmedizin und der Hospizbegleitung auch in „hypothetischen“ Beratungen besprochen werden sollten.

- Dokumentieren Sie Ihre Beobachtungen und das, was Sie gehört haben. Notieren Sie dazu immer die Situation, in der die Äußerung eines Sterbewunsches gemacht wurde³ und ob es einen Zusammenhang zwischen Wiederholung der Situation und Wiederholung der Äußerung gibt.
- Alle Begleitenden sollen das, was sie hören und wahrnehmen, dokumentieren.
- Fragen Sie andere Kontaktpersonen nach ihren Beobachtungen und dem, was sie gehört haben. Manchmal sind es nicht die Gruppenmitarbeiterinnen, sondern es ist die Reinigungskraft, die von der Bewohnerin als Vertraute angesprochen wird.

Sterbewünsche beantworten

„Beantworten“ meint hier, dass uns ein fremdes Handeln/Wollen zur Frage wird, auf die unser eigenes Handeln Antwort zu geben hat. Das bedeutet auch die Unmöglichkeit, einen Sterbewunsch willentlich zu überhören bzw. zu übergehen.

Zur Beantwortung eines Sterbewunsches gehört es, dass wir alle in unseren Einrichtungen vorhandenen Möglichkeiten von Palliative Care im Sinne eines Schutzkonzeptes nutzen. Hier ist eine beispielhafte Überlegung für ein internes Schutzkonzept eingefügt, in dem sich gleich einem Regenbogen unterschiedliche Bereiche zu einem Gesamtbild ergeben.



In unseren Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben wir in den letzten Jahren viele Möglichkeiten entwickelt, die wir nun nutzen können. Dabei geht es nicht darum, einen Sterbewunsch zu negieren oder jemandem „auszureden“. Es geht darum, Möglichkeiten der Begleitung aufzuzeigen, die dem

³ Vielleicht gibt es die Äußerung eines Sterbewunsches immer abends, wenn die Gruppe zur Ruhe kommt, die Mitarbeitenden des Tagdienstes gehen und alles der Nachtwache übergeben wollen. Vielleicht hilft es dann schon, die Einsamkeit und Stille der Nacht aufzuheben. Vielleicht gibt es diese Äußerung immer am Tag nach einer Chemotherapie, wenn es dem Menschen besonders schlecht geht und er an diesem Tag mehr Begleitung und Ablenkung braucht.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit einem Sterbewunsch vielleicht nicht bekannt sind und ihm möglicherweise andere Gedanken ermöglichen.

Als GVP-Beraterinnen müssen wir diese Möglichkeiten im Sinne eines Schutzkonzeptes kennen und die entsprechenden Mitarbeitenden zur Unterstützung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einbinden. Wenn es in unseren Einrichtungen keine Beauftragte für Palliative Care gibt, die die notwendige Koordinierung aller Maßnahmen übernimmt, wird es an uns sein, dies zu tun. Es gilt gleichzeitig in der Einrichtung für das Bewusstsein zu sorgen, dass dieser eine Sterbefall nicht der letzte sein wird und von daher unsere Einrichtungen vorbereitet sein müssen.

Zur Beantwortung eines Sterbewunsches, der uns in den Beratungen gegenüber geäußert wird, gehört auch die Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuerinnen, wenn dies dem Wunsch der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entspricht. Wir müssen ganz deutlich machen, dass wir als Beraterinnen den Sterbewunsch nicht erfüllen werden. Es muss also sein, so frühzeitig wie möglich, Angehörige und die rechtliche Betreuerin mit ins Boot zu holen.

Vielleicht lehnt der Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen die Einbeziehung anderer zunächst ab und braucht Zeit, sich ihnen gegenüber zu öffnen. Er hat diese Zeit und die GVP-Beraterin kann nur wieder nachfragen, wie weit er in seiner Überlegung zur Einbeziehung anderer gekommen ist. Vielleicht genügt es ja jemandem, einfach mit uns darüber zu sprechen – so als Überlegung für einen möglichen Ausweg, der dann aber noch nicht genommen werden muss.

Die Antwort auf einen Sterbewunsch mit dem Schutzkonzept der Einrichtung und mit allen Möglichkeiten von Palliative Care ist nicht gleichzusetzen mit dem Negieren oder „Ausreden-wollen“ des Sterbewunsches. So wie der Sterbewunsch als *eine* Möglichkeit in der Situation erscheint, so gibt es *andere* Möglichkeiten, die wir in der Beratung aufzeigen können.

- Lassen Sie einen Sterbewunsch nie unbeantwortet!
- Wenn Sie persönlich sich nicht in der Lage fühlen, auf einen geäußerten Sterbewunsch zu reagieren, dann übergeben Sie das einer Kollegin. Sie müssen das nicht allein bzw. selber beantworten.
Sie haben das Recht, sich zu schützen. Sie haben nicht das Recht, einen geäußerten Sterbewunsch zu übergehen.
- Glauben Sie nicht, dass Sie allein das alles „regeln“ können.
- Die Äußerung eines Sterbewunsches ist kein Appellativ an Sie!
- Nutzen Sie interne Strukturen der Palliative-Care-Kultur. Verteilen Sie die Last auf möglichst viele Schultern – auch weil so eine Situation länger andauern und damit auch zeitlich belastender sein kann, als man anfangs meint.
- Wenn Sie spüren, dass die Situation Sie belastet, dann informieren Sie Ihr Team und Ihre Vorgesetzte und suchen Sie sich Hilfe.

Sterbewünsche umsetzen

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden bei einer Neuregelung des Assistierte Suizid in Deutschland die gleichen Rechte und den gleichen Zugang zur Suizidhilfe haben wie alle anderen Bürgerinnen. Alle Menschen haben gleichberechtigt und autonom den gleichen Zugang zu einer dann

gesetzlich geregelten Suizidbeihilfe. Ein Heimvertrag mit unseren Einrichtungen bedeutet für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht den Verzicht auf Selbstbestimmung am Lebensende. Keine Einrichtung der Eingliederungshilfe und keine Mitarbeiterin der Einrichtung werden gezwungen sein, aktiv Suizidhilfe zu leisten.

Als Einrichtungen werden wir auch die Bewohnerinnen weiterhin wie gewohnt und so gut wie möglich begleiten, die einen Sterbewunsch äußern. Es wird keine Diskriminierung und keine Ausgrenzung von Sterbewilligen geben.

Das bezieht sich auch auf die GVP-Beratungen. Wird in den Beratungen („hypothetisch“ oder „akut“) ein Sterbewunsch geäußert, ist damit die Beratung nicht beendet und wird nicht abgebrochen. Es gilt nach wie vor und bis zum Abschluss des Beratungsprozesses, dass der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Richtung und Tempo bestimmt. Das meint sowohl die ganz „hypothetischen“ Anfragen und Äußerungen („wenn mal irgendwann ... vielleicht ...“) als auch die konkret und akut geäußerten Sterbewünsche.

Wir werden uns als GVP-Beraterinnen mit dem Thema Assistierten Suizid beschäftigen und auf solche Anfragen vorbereitet sein. Wir müssen die gesetzlichen Grundlagen kennen und wertungsfrei darüber Auskunft geben können, wie das „Verfahren“ ist – gibt es eine Beantragung, an wen und wie läuft das dann. So, wie wir heute bereits nach Bestattungen und Testamenten gefragt werden, werden wir auch zum Assistierten Suizid auskunftsfähig sein müssen.

Bei den sich wiederholenden Gesprächen zur Aktualisierung der Beratungsunterlagen werden wir bei früher geäußertem Sterbewunsch für den hypothetischen Fall nachfragen, ob sich an der Sicht und Meinung unserer Bewohnerinnen etwas geändert hat. Hintergrund dieser Notwendigkeit ist die Tatsache, dass sich der Blick auf das eigene Leben mit dem Leben ändert. Kann ich mir anfangs nicht vorstellen, eine Diät einzuhalten und auf mein Bier oder die Cola täglich zu verzichten, so wird mir dieser Verzicht zum Alltag, wenn es meine Gesundheit erfordert und ich merke, dass es mir mit dem Verzicht besser geht.

Kommt es Laufe der Zeit bei einem ehemals einwilligungsfähigen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu einer dauerhaften Einwilligungsunfähigkeit (z.B. im Zuge einer zusätzlichen demenziellen Erkrankung), wird der Sterbewunsch nicht mit dem rechtlichen Stellvertreter besprochen. Wir folgen als GVP-Beraterinnen dem Grundsatz, dass es für die Äußerung **und** Umsetzung eines Sterbewunsches der Einwilligungsfähigkeit bedarf.

Wenn ein Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen stabil einen aktuellen Sterbewunsch äußert, geben wir mit seinem Einverständnis und der Bitte um Unterstützung für ihn diese Information an seine rechtliche Betreuerin für die Gesundheitsvorsorge und/oder seine Angehörigen.

Nach einer gesetzlichen Regelung werden wir die Leitungen unserer Einrichtungen bitten, eine interne Regelung zu schaffen, wer stellvertretend den Kontakt zu dann ggf. eingerichteten regionalen Beratungsstellen herstellt, wenn der Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen dazu nicht mehr in der Lage ist und die rechtliche Betreuerin/Angehörigen aufgrund ihrer Werte und Einstellungen diesen Sterbewunsch überhören wollen. Wir folgen hier der Grundüberzeugung, dass Autonomie und Teilhabe auch am selbstbestimmten Lebensende nicht einzuschränken oder teilbar sind.

Für viele Einrichtungen wird die Herstellung dieses ersten Kontakts der einzige Schritt bei der Umsetzung des Sterbewunsches sein.

Auch bei Fortbestehen des Sterbewunsches sollen unsere Bewohnerinnen begleitet werden, um ihnen jederzeit die Möglichkeit zu zeigen, ihren Wunsch zu ändern und sich für das Weiterleben zu entscheiden. Als GVP-Beraterinnen werden wir zu verlässlichen Gesprächspartnerinnen für unsere Bewohnerinnen mit Sterbewunsch gehören.

- Sprechen Sie nach einer gesetzlichen Regelung Ihre Einrichtungsleitungen offen auf dieses Thema an und zeigen Sie vielleicht sich ergebende Situationen auf.⁴
- Sprechen Sie in Aktualisierungsgesprächen früher geäußerte hypothetische Sterbewünsche offen an und fragen Sie nach, ob sich die Sicht darauf geändert hat.
- Fragen Sie in Aktualisierungsgesprächen noch einmal genau nach den Gründen.
- Verdeutlichen Sie in Aktualisierungsgesprächen noch einmal die Möglichkeiten von Palliative Care und vor allem die internen Möglichkeiten und Unterstützungsstrukturen Ihrer Einrichtungen.
- Holen Sie sich nach Ihrem Bedarf für die Aktualisierungsgespräche Unterstützung durch Ärztinnen oder Seelsorgerinnen. Dabei geht es nicht um ein „Überreden“ des Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, sondern um nochmalige umfassende Aufklärung.
- Möchte der Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen das Aktualisierungsgespräch ohne rechtliche Betreuerin/Angehörige mit Ihnen führen, dann akzeptieren Sie das.
- Wenn Ihnen in einem Gespräch unwohl wird und Sie Ihre Unsicherheiten spüren, dann äußern Sie das offen. Überlegen Sie mit dem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, ob das Gespräch unterbrochen oder vertagt wird. Sie haben darauf genau wie Ihr Gesprächspartner ein Anrecht.
- Wenn Sie mit jemandem reden wollen, können Sie sich auch an **Ihr Netzwerk Agate** wenden. Sie finden hier immer eine Kollegin/einen Kollegen, der Ihnen zuhört und vielleicht in einer ähnlichen Situation, einem ähnlichen Dilemma war. **Holen Sie sich Hilfe!**

„Vielleicht sind alle Drachen unseres Lebens Prinzessinnen, die nur darauf warten uns einmal schön und mutig zu sehen. Vielleicht ist alles Schreckliche im Grunde das Hilflöse, das von uns Hilfe will.“

Rainer Maria Rilke (1875 - 1926), Lyriker

Kontakt
für Agate – GbR
Evelyn Franke, Diakonie Stetten e.V., Schlossberg 2, 71394 Kernen, Tel. 07151 940 3182
Evelyn.Franke@Diakonie-Stetten.de
www.diakonie-stetten.de

Rückmeldungen - Übersicht

Assistierter Suizid – Agate fragt nach – 42 Kolleg*innen antworteten

1. Name der Einrichtung:
2. Die Einrichtung ist katholisch oder evangelisch ausgerichtet? **Katholisch 9/ evangelisch 20**
3. Die Einrichtung gehört zur Lebenshilfe? **7 (6 Einrichtungen: Stiftungen, kommunal, AWO ..)**

⁴ Im Anhang finden Sie die Auswertung der Befragung „Agate fragt nach – Assistierter Suizid“, die Sie in Gesprächen mit Ihrer Einrichtungsleitung ganz oder in Ausschnitten nutzen können, um auf die Dringlichkeit des Themas hinzuweisen. Denken Sie dabei auch an den Schutz der Mitarbeitenden im Gruppendienst und setzen Sie sich auch mit dem Betriebsrat/der Mitarbeitervertretung in Verbindung. Der Assistierte Suizid und ein geäußelter Sterbewunsch sind Themen, die die gesamte Einrichtung betreffen.

4. Hat Ihre Einrichtung ein eigenes Positionspapier zum Assistierte Suizid? **Nein 35/ ja 5/ in Entwicklung 1/ keine Angaben 1**
5. Hat Ihre Einrichtung vom Träger ein Positionspapier zum Assistierte Suizid übernommen? **Nein 37/ ja 5**
6. Wird in Ihrer Einrichtung derzeit ein Positionspapier zum assistierten Suizid erarbeitet? **Nein 34/ ja 4/ keine Angaben 4**
7. *Wenn ja*, sind Sie als Gesprächsberater*in nach § 132g SGB V an dieser Arbeit beteiligt/bzw. wurden Sie um Mitarbeit gebeten? **nein 19/ ja 9/ keine Angaben 14**
8. Glauben Sie, es ist wichtig, dass Ihre Einrichtung Position zum Thema Assistierter Suizid bezieht? **nein 7/ ja 31/ keine Angaben 4**
9. Glauben Sie, es ist wichtig, dass Sie persönlich als Gesprächsberater*in nach § 132g SGB V eine eigene Position zum Thema Assistierter Suizid haben? **ja 32/ nein 7/ vielleicht 1/ keine Angaben 2**
10. Wurden Sie in einer Beratung nach § 132g SGB V schon einmal von einem Menschen mit Beeinträchtigung nach den Möglichkeiten eines Assistierte Suizids gefragt? **ja 5/ keine Angaben 1/ nein 36**
11. Von mehr als einem? **ja 4/ nein 37/keine Angaben 1**
12. Wurden Sie außerhalb einer Beratung nach § 132g SGB V schon einmal von einem Menschen mit Beeinträchtigung nach den Möglichkeiten eines Assistierte Suizids gefragt? (z.B. bei zufälligen Begegnungen) **ja 4/ nein 38**
13. Von mehr als einem? **ja 1/ nein 41**
14. Wurden Sie in einer Beratung nach § 132g SGB V schon einmal von einem Angehörigen eines Menschen mit Beeinträchtigung nach den Möglichkeiten eines Assistierte Suizids in Ihrer Einrichtung gefragt? **ja 1/ nein 40/ keine Angaben 1**
15. Wurden Sie in einer Beratung nach § 132g SGB V schon einmal von einem Angehörigen, der auch rechtlicher Betreuer eines Menschen mit Beeinträchtigung ist, nach den Möglichkeiten eines Assistierte Suizids in Ihrer Einrichtung gefragt? **nein 42**
16. Wurden Sie in einer Beratung nach § 132g SGB V schon einmal von einem rechtlicheren Betreuer eines Menschen mit Beeinträchtigung, der kein Angehöriger ist, nach den Möglichkeiten eines Assistierte Suizids in Ihrer Einrichtung gefragt? **nein 42**
17. Glauben Sie, dass der Assistierte Suizid in Beratungen nach § 132g SGBV zukünftig von Menschen mit Beeinträchtigungen thematisiert wird? **ja 20/ nein 7/ vielleicht 15**
18. Glauben Sie, dass der Assistierte Suizid in Beratungen nach § 132g SGBV zukünftig von Angehörigen oder/und rechtlichen Betreuungen von Menschen mit Beeinträchtigungen thematisiert wird? **ja 16/ nein 12/ vielleicht 14**
19. Glauben Sie, dass der Assistierter Suizid ein Thema in den Ausbildungen von Gesprächsbegleitungen nach § 132g SGB V sein sollte? **ja 41/ nein 1**
20. Wünschen Sie sich für das Thema Assistierter Suizid Hilfestellungen, Materialien? **nein 8/ keine Angabe 1/ ja 33**
21. Wenn ja, welche? **Genannt wurden: Informationsmaterial in Leichter Sprache, Informationsmaterial direkt für die Beratung, Flyer/Informationen über (zukünftige) gesetzliche Regelungen (für Hand des Beraters, für Angehörige, rechtliche Betreuungen), Materialien in UK (Bilder, Piktogramme), Austausch mit Kolleg*innen, Schulungen/Informationsveranstaltungen, Leitfäden, Fragebögen, Material zum sicheren Einschätzen des Willens der Menschen mit Beeinträchtigung, gesetzliche Regelung in Leichter Sprache**