Suizidassistenz und Palliativmedizin – zwei Geschwister auf Abstand

Ralf J. Jox

In den deutschsprachigen Ländern stellt sich gegenwärtig besonders akut die Frage nach dem Verhältnis von assistiertem Suizid und Palliativmedizin. Gerade in Deutschland ist seit gut zehn Jahren eine intensive gesellschaftliche Debatte um den assistierten Suizid im Gang (vgl. Borasio et al. 2014), welche zunächst zum Gesetz über die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (vormaliger §217 Strafgesetzbuch) von 2015 führte (vgl. Deutscher Bundestag 2015, vgl. Borasio et al. 2017), das im Jahr 2020 vom Bundesverfassungsgericht in einem aufsehenerregenden Urteil als nicht grundgesetzkonform aufgehoben wurde (Bundesverfassungsgericht 2020, vgl. Wiesing 2022), und seither eine Debatte um eine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistenz im Deutschen Bundestag anstieß. Neben zahlreichen Palliativmediziner*innen hat sich auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin intensiv in diese gesellschaftliche Debatte eingeschaltet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2014).

In Österreich hat der Verfassungsgerichtshof, auch unter dem Einfluss des oben genannten Urteils des deutschen Bundesverfassungsgerichts, im Dezember 2020 die ausnahmslose Strafbarkeit jeder Art von Hilfe zur Selbsttötung ebenfalls als nicht verfassungskonform eingestuft (Verfassungsgerichtshof 2020). Der österreichische Gesetzgeber hat daraufhin innerhalb von Jahresfrist eine gesetzliche Regelung zur Suizidhilfe erlassen, die im internationalen Vergleich relativ strikt ausfällt (Republik Österreich 2021). Auch in Österreich wurde die Palliativmedizin ganz besonders durch diese rechtspolitische und gesellschaftliche Entwicklung herausgefordert (vgl. Feichtner et al. 2022).

In der Schweiz herrscht zwar eine seit vielen Jahrzehnten stabile liberale Gesetzeslage, welche die Suizidassistenz erlaubt, solange sie nicht egoistisch motiviert ist (§115 Strafgesetzbuch), auf breiter Front unterstützt durch das Vertrauen der Bevölkerung (vgl. Vilpert et al. 2020), doch auf kantonaler Ebene gibt es mehr und mehr gesetzliche Regelungen, und in den Institutionen des Gesundheitswesens und der Palliative Care wird durchaus intensiv über Zugangsregeln und Verhaltensweisen diskutiert (vgl. Gamondi et al. 2022; vgl. Tomczyk/Andorno/Jox 2023; vgl. Gaignard/Pautex/Hurst 2023).

In allen drei Ländern, wie auch in zahlreichen nicht deutschsprachigen Ländern Europas und der Welt, wo es aktuelle rechtspolitische Entwicklungen im Bereich der soge-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nannten Sterbehilfe gibt, stellen sich akute Fragen nach dem Verhältnis zwischen der Praxis der Suizidassistenz und der Palliative Care. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die allermeisten Personen, welche den assistierten Suizid in Anspruch nehmen oder dies tun wollen, an lebensbegrenzenden, meist fortgeschrittenen Erkrankungen leiden und damit gleichsam in den Zuständigkeitsbereich der Palliative Care fallen (vgl. Bartsch et al. 2019). Im vorliegenden Artikel möchte ich dieses Verhältnis in vier Schritten beleuchten: (1) Zunächst möchte ich aus historischer Perspektive knapp skizzieren, wie sich das Verhältnis zwischen beiden in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, (2) anschließend werde ich die aktuelle Vielfalt der Verhältnisbestimmung in unterschiedlichen Ländern kurz darstellen, (3) sodann will ich systematisch-konzeptionell die beiden Praktiken zugrundeliegenden Haltungen und Werte miteinander vergleichen, (4) zuletzt sollen dann die beiden normativen Fragen diskutiert werden, ob Palliative-Care-Fachkräften eine Hilfe bei der Selbsttötung erlaubt ist und inwiefern sie zu einer solchen Hilfe berufsethisch möglicherweise verpflichtet sind.

Historische Entwicklung

Medizinhistoriker*innen haben nachgewiesen, dass die sogenannte Sterbehilfe eine lange Geschichte hat (vgl. Benzenhöfer 2009; vgl. Bergdolt 2004; vgl. 2003; vgl. Montaguti et al. 2018). Insbesondere in der Antike gab es eine gewisse Praxis und Diskussion um die Tötung schwerkranker, stark leidender Menschen am Lebensende, aber auch die Idee der Hilfe zur Selbsttötung war ihnen nicht fremd. Mit dem Aufkommen des Christentums als Staatsreligion in der Spätantike wurde die bewusste Lebensverkürzung mehr und mehr verpönt und tabuisiert, erhob sich jedoch mit dem Humanismus, der Aufklärung, besonders aber seit dem 19. Jahrhundert erneut. Auch die Idee der palliativen Behandlung und Sterbebegleitung hat eine lange Geschichte, auch wenn sie im christlichen Abendland über viele Jahrhunderte hinweg mehr von Geistlichen und Pflegenden als von Ärzt*innen übernommen wurde (vgl. Stolberg 2011; vgl. ders. 2007). Beide Traditionsstränge verliefen aber historisch eher unabhängig voneinander und meist getrennt; vereinzelte Praktiken der Todesbeschleunigung Schwerkranker, etwa durch Wegzug des Kopfkissens in der frühen Neuzeit, kamen eher aus dem Volk und wurden von den Ärzt*innen kaum gutgeheißen (vgl. Stolberg 2018). Im Zuge der Moderne und ihrer Betonung des individuellen Ich, seiner Subjektivität und Autonomie kam der Gedanke der Sterbehilfe im Lauf des 19. Jahrhunderts unter medizinischen Laien immer stärker auf, wurde aber von den Ärzt*innen zumeist schroff abgelehnt, zumal zu dieser Zeit das hippokratische Ethos und der Glaube an die fortschrittlichen Möglichkeiten von Lebensverlängerung und Symptomkontrolle immer stärker wurden (vgl. Stolberg 2018).

Im 20. Jahrhundert war es schließlich der enorme medizinische Fortschritt in den 1950er und 1960er Jahren, mit Entwicklung der Notfall- und Intensivmedizin, aber auch der Onkologie und Transplantationsmedizin, welcher interessanterweise beide Traditionsstränge befeuert hat, sowohl die Palliativmedizin als auch die Sterbehilfe (vgl. Berthelsen/Cronqvist 2003). Die technischen Möglichkeiten der Lebensverlängerung und die gleichzeitige Vernachlässigung von Sterbenden, Schwerstkranken und ihren

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Leiden führten die Pionierinnen Elisabeth Kübler-Ross und Cicely Saunders dazu, einen Paradigmenwandel in der Medizin einzuleiten: Die umfassende Sorge um die Schwerstkranken und Sterbenden, die Schmerztherapie und Leidenslinderung, die Begleitung im Sterben sollten mehr und mehr als professionelle Aufgabe der Medizin, speziell der Palliative Care, angesehen werden (vgl. Du Boulay 2007; vgl. Saunders 2000; vgl. Kübler-Ross 1969).

Damit war nicht nur eine Kritik am reduktionistischen Medizinmodell der Moderne verbunden, sondern durchaus auch eine Absetzung von anderen Reaktionen auf starkes Krankheitsleiden, wie insbesondere die Sterbehilfe. Dies trat immer stärker ins Bewusstsein, als in den 1970er Jahren die Diskussion um die sogenannte aktive Sterbehilfe wieder aufflammte (vgl. Fittkau/Gehring 2008). Nachdem die niederländische Ärztin Gertrude Postma im Jahr 1973 vor Gericht nur eine symbolische Strafe für die Tötung ihrer Mutter auf deren Verlangen erhalten hatte, wurde in den Niederlanden der Ruf immer lauter, die sogenannte Euthanasie zu dulden beziehungsweise sogar gesetzlich zu regeln. Es dauerte zwar noch bis 2002, dass in den Niederlanden die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt wurde, aber die Praxis entwickelte sich bis dahin immer weiter, wurde liberaler und stärker öffentlich thematisiert. Dabei kann es durchaus als Besonderheit gelten, dass in den Niederlanden auch die Ärzteschaft die sich entwickelnde Praxis der Euthanasie großteils guthieß und unterstützte.

Kurz darauf begann auch in der Schweiz eine Diskussion um Sterbehilfe, angestoßen vom Fall Postma in den Niederlanden und dem Skandal um passive Sterbehilfe am Triemli-Spital in Zürich (vgl. Dirlewanger 2020; vgl. Lüönd 2022). In diesem Zuge wurde 1982 in Zürich der Verein EXIT gegründet, welcher ab 1985 Hilfe bei der Selbsttötung durchführte.

Solche Entwicklungen der Liberalisierung sogenannter »aktiver Sterbehilfe« wurden in der Palliative Care lange Zeit vehement abgelehnt, gewiss auch aufgrund der christlichen Wurzeln der Hospiz- und Palliativbewegung (vgl. Clark 2016). Dies floss unter anderem in die erste Definition von Palliative Care durch die Weltgesundheitsorganisation ein, welche 1990 feststellte: »Palliative care […] intends neither to hasten or postpone death« (World Health Organization 1990). Diese Formulierung, welche in der aktuellen Version von 2002 nach wie vor enthalten ist (https://pallipedia.org/palliative-care-1990-and-2002-who-definitions/, abgerufen am 17.10.2023), hat etwas Apologetisches an sich: Sie wirkt so, als würde sich die Palliative-Care-Community verteidigen, dass sie das Leben nicht, wie sonst in der Medizin gängig, verlängern wolle, indem sie zugleich versichert, dass sie das Leben aber auch nicht verkürze, und sich damit von der »aktiven Sterbehilfe« distanziert. Zugleich erinnert diese Formulierung auch an das romantisierende Ideal des natürlichen Sterbens und einer Medizin, welche natürliche Vorgänge lediglich begleitet (wie es auch in der Geburtsmedizin bekannt ist). Davon wird später noch die Rede sein. Doch zunächst stellt sich nun die Frage, wie das Verhältnis zwischen Palliative Care und Suizidhilfe gegenwärtig beschaffen ist.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Gegenwärtiges Verhältnis

Blickt man auf den Zustand der Palliativversorgung wie auch der Praxis der lebensverkürzenden Formen von Sterbehilfe (assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen, im Englischen oft zusammenfassend »Assisted Dying« genannt), so zeigt sich international eine große Diversität. Die Existenz und Qualität einer Palliativversorgung im Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich sehr heterogen, auch innerhalb Europas, wie etwa eine Untersuchung zur »Sterbequalität« ergeben hat (vgl. Economist Intelligence Unit 2010; vgl. World Health Organization 2014). Ebenso ist es mit den Praktiken des »Assisted Dying« (vgl. Mroz et al. 2021): während die Benelux-Staaten, Kanada, Australien, Neuseeland, Spanien und Portugal die Tötung auf Verlangen legalisiert haben, haben zehn Jurisdiktionen in den USA, Österreich, Deutschland und der Schweiz liberale Gesetze in Bezug auf den assistierten Suizid bei gleichzeitigem Verbot der Tötung auf Verlangen. Allerdings unterscheiden sich auch innerhalb dieser zuletzt genannten Staatengruppe sowohl die gesetzlichen Regelungen als auch die Praktiken und Häufigkeiten des assistierten Suizids erheblich (vgl. Borasio/Jox/Gamondi 2019).

Ebenso variabel ist auch das Verhältnis von Palliative Care und aktiver Sterbehilfe in diesen Ländern (vgl. Gerson et al. 2020). In einzelnen Ländern, die eine liberale Regelung und Kultur im Blick auf die »aktive Sterbehilfe« haben, herrscht auch innerhalb der Palliative Care bereits eine weitgehende Akzeptanz dieser lebensverkürzenden Praxis. In Belgien ist die »Euthanasie« vielerorts gleichsam integriert in die Palliativversorgung und wird dort auch praktiziert, was freilich nicht ohne Kritik bleibt (vgl. Bernheim/Raus 2017). In der Schweiz lässt sich eine Tendenz beobachten, dass der assistierte Suizid mehr und mehr in Einrichtungen der Palliativversorgung akzeptiert wird, auch wenn hier die Gesundheitsfachkräfte eine untergeordnete Aufgabe haben, da die Sterbehilfeorganisationen eine zentrale Rolle bei der Suizidassistenz übernehmen (vgl. Tomczyk/Andorno/Jox 2023; vgl. Gamondi et al. 2022; vgl. Tomczyk/Dieudonne-Rahm/Jox 2021; vgl. Gamondi et al. 2019).

Länder, welche die Suizidhilfe beziehungsweise die Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt haben, haben oft Regeln eingeführt, welche den Zugang zu diesen Maßnahmen an eine Aufklärung über mögliche Behandlungsoptionen der Palliative Care koppelt. In dem modellhaften Gesetz des US-Bundesstaates Oregon hat dies dazu geführt, dass sich Palliative Care seit Einführung des *Death With Dignity Act* von 1997 besonders gut entwickeln konnte (vgl. Blanke et al. 2017; vgl. Campbell/Cox 2012).

In Deutschland und Österreich, welche traditionell den assistierten Suizid entweder tabuisiert oder verboten hatten, bevor die oben genannten rechtspolitischen Liberalisierungen auftraten, ist die Palliative-Care-Community eher gespalten und großteils nach wie vor skeptisch, wie Umfragen zeigen (vgl Jansky et al. 2017; vgl. Muller-Busch et al. 2004; vgl. Zenz/Tryba/Zenz 2014). Auch Monate nach dem österreichischen Gesetz finden sich hier keine offiziellen, allgemein zugänglichen Informationen von Palliativeinrichtungen, welche den assistierten Suizid unterstützen (vgl. Kitta et al. 2023).

Überhaupt ist es auch auf internationaler Ebene so, dass die offiziellen Fachgesellschaften der Palliative Care eine große Distanz zum assistierten Suizid (und noch mehr zur Tötung auf Verlangen) einnehmen. Dies trifft insbesondere auf das White Paper der Europäischen Fachgesellschaft EAPC (European Association of Palliative Care) zu, das

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

zuletzt 2016 einen unauflöslichen Dissens als Ergebnis feststellte (vgl. Radbruch et al. 2016). Die Stellungnahme der International Association for Hospice and Palliative Care von 2017 betont, dass zunächst die Entwicklung der Palliativversorgung verbessert werden müsse, bevor Staaten den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen zulassen dürften (vgl. De Lima et al. 2017). Die amerikanische Fachgesellschaft für Palliative Care vertritt eine Position der »studied neutrality« (American Academy of and Palliative 2007). Selbst die entsprechende Fachgesellschaft Kanadas betont besonders die Distanz zu jeglicher Praxis von »Medical Assistance in Dying« (MAiD), wie es dort heißt (vgl. Canadian Hospice Palliative Care Association 2023). Auch bei der palliativmedizinischen Forschung über Sterbewünsche zeigt eine starke medikalisierte Terminologie, dass jede Form der Lebensverkürzung als unerwünschter Effekt gesehen wird, den es präventiv zu verhindern gilt (vgl. Balaguer et al. 2016).

Kompatibilität der Grundhaltungen?

Die Beschreibung des bis anhin distanzierten Verhältnisses zwischen Palliative Care und assistiertem Suizid wirft die Frage auf, ob die beiden Praxisfelder überhaupt miteinander kompatibel sind. Anders gesagt: Würde eine Suizidassistenz die Grundwerte und Leitideen der Palliative Care verraten? Kann eine Person, die eine professionelle Tätigkeit als Palliative-Care-Fachkraft ernst nimmt, Suizidhilfe leisten, und umgekehrt eine Person, die in der Suizidassistenz tätig ist, palliative oder hospizliche Tätigkeiten übernehmen? Hin und wieder wird die angebliche Inkompatibilität beider Praxisfelder behauptet, insbesondere von Fachkräften der Palliative Care. So führt etwa die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in ihrer Broschüre von 2014 im ersten Satz der Vorbemerkung aus »Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte« (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2014). Im Resümee heißt es dann: »Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, nicht jedoch Hilfe zum Sterben. Daher gehört es aus Sicht des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten« (Ebd.).

In der Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft vom April 2021 heißt es noch weitergehend: »Assistierter Suizid ist keine Aufgabe des öffentlichen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesens und keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung« (Österreichische Palliativgesellschaft 2021). Interessanterweise hat gerade die Schweizer Fachgesellschaft für Palliative Care in den 35 Jahren ihres Bestehens noch keine Stellungnahme zum assistierten Suizid veröffentlicht, doch ist sie aktuell dabei, eben dies zu tun. Man darf gespannt sein, ob der Tenor anders ausfallen wird als bei den nördlichen und östlichen Nachbarn.

Um die Frage nach der Kompatibilität der Grundwerte zu beantworten, bietet es sich an, von den zentralen Grundwerten der Palliative Care auszugehen. Hier ist auf drei wichtige Werte einzugehen: den Respekt für die Patientenautonomie, das Verständnis von Leiden sowie die Bewertung von Leben und Tod. Wer in eine Palliativeinrichtung kommt, merkt sofort einen fundamentalen Unterschied zur sonstigen Medizin: die radi-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

kale Patientenzentriertheit und die beinahe bis zum Exzess gesteigerte Orientierung an der Autonomie der Patient*innen. In Hospizen und auf Palliativstationen haben Kranke in der Regel Einzelzimmer, die sie nach ihrem eigenen Geschmack häuslich einrichten können, und ihnen wird oft zugestanden, Besuch von Haustieren zu bekommen oder zu rauchen, was sonst in Krankenhäusern strengstens verboten ist. Die sonst in Kliniken strikten Essens- und Ruhezeiten werden an die individuellen Wünsche angepasst. Man versucht, letzte Wünsche der Patient*innen zu realisieren. Nirgendwo sonst wird derart auf das Gespräch über Patientenpräferenzen Wert gelegt, kein anderes Fachgebiet interessiert sich so stark für *Advance Care Planning*. In der Palliative Care werden die Patient*innen zu Akteur*innen, zu Regisseur*innen ihres eigenen Abschieds, den sie ganz authentisch und autonom zu inszenieren haben (vgl. Streeck 2020). Zu diesem Paradigma passt es durchaus, wenn Patient*innen nicht nur ganz bewusst und gezielt bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen oder zu essen und zu trinken aufhören, um sterben zu können, sondern ihren Tod sogar mithilfe eines tödlichen Mittels ganz präzise arrangieren. Sofern dies Ausdruck eines autonomen Willens und authentischer Spiegel der Werthaltungen der Sterbewilligen ist, erfordert der Respekt vor der Patientenautonomie *prima facie,* solche Entscheidungen ebenfalls zu akzeptieren.

Die zweite Grundhaltung der Palliative Care ist die radikale Opposition gegen jede Art von Leiden. Für die Palliative Care ist Leiden grundsätzlich schlecht und zu lindern (womit sie pikanterweise mit bestimmten älteren Strömungen ihrer christlichen Wurzeln in Spannung gerät). Leiden wird als ganzheitliches subjektives Phänomen verstanden, das somatische, psychische, soziale, spirituelle oder gemischte Ursachen haben kann, immer jedoch als »Total Pain« aufzufassen ist. Jede Art von Leiden wird schon per se als moralische Aufforderung verstanden, dieses Leiden so gut wie möglich zu lindern (vgl. Bozzaro 2015). Daher kommen Palliative-Care-Fachleute gelegentlich in ethische Entscheidungsnot, wenn Patient*innen eine Schmerzlinderung ablehnen, weil sie etwa den Erhalt des Bewusstseins der Leidenslinderung vorziehen. Zwar darf keine Leidfreiheit versprochen werden, aber tendenziell wird sie angezielt. Dabei setzt die Palliative Care nicht nur Medikamente ein, sondern durchaus auch interventionelle Maßnahmen, Bestrahlungen, Operationen, ja bis hin zur sogenannten *Ultima Ratio* der palliativen Sedierung (vgl. Cherny/Radbruch 2009; vgl. Bozzaro 2015). Gerade bei der tiefen kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod, bei welcher das Bewusstsein ausgeschaltet wird, beginnt aber bereits die Grauzone in Richtung Lebensverkürzung: Leiden wird gelindert, indem das Bewusstsein ausgeschaltet beziehungsweise das (biographische) Leben beendet wird. Man kann mit Fug hinterfragen, ob die eine und andere Maßnahme noch als Form der Leidenslinderung gelten kann, wenn die*der Patient*in als bewusstes Subjekt beziehungsweise als lebende Person anschließend gar nicht mehr existiert. Gleichwohl bleibt es dabei, dass starkes Leiden für die Palliative Care ein wichtiges Movens darstellt, was eine auffällige Parallele zur sogenannten aktiven Sterbehilfe ist, wo häufig auch das »unerträgliche Leiden« ein entscheidendes Zugangskriterium für die Hilfehandlung darstellt (vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2022).

Der dritte Grundpfeiler der Palliative Care ist ihre spezifische Sicht auf Leben und Tod. Deutlich wird dies im wohl berühmtesten Zitat von Cicely Saunders, der Pionierin der modernen Palliative Care, wo die Grundhaltungen der Patientenzentriertheit, der

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Leidenslinderung und der Lebensorientierung zusammenkommen: »You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die« (Saunders 2006). Der Tod an sich wird in der Palliative Care gleichsam ausgeblendet, der Fokus ist ganz auf der noch verbleibenden Restphase des Lebens: Dessen Lebensqualität soll so gut es geht gesteigert werden. Man kann sich fragen, ob dieser extreme Fokus auf die letzte Lebensphase nicht auch eine subtile Form der Todesverdrängung sein kann und ob man jemals Lebensqualität und Lebenssinn erreichen kann, wenn man keine persönliche Antwort auf den Tod und die damit verbundene Infragestellung alles Lebens findet.

Auch kann man kritisch fragen, ob es nicht ein Widerspruch ist, wenn dem Leben ein so hoher Wert zugemessen wird, dass jede Anstrengung auf die Verbesserung der Lebensqualität weniger letzter Tage und Wochen unternommen wird, zugleich aber ein so geringer Wert, dass jede Lebensverlängerung verpönt ist. Zwar ist es richtig, dass gerade die Endlichkeit einer Zeitspanne ihren Wert steigert, aber zugleich machen wir auch die lebensweltliche Erfahrung, dass wir eine wertvolle Zeit nicht nur intensivieren, sondern auch verlängern oder wiederholen wollen: Wert lässt sich sowohl vertikal als auch horizontal addieren. Diese Spannung in der Grundhaltung der Palliative Care kann nur aufgelöst werden durch die Idee der Natürlichkeit: Offenbar herrscht hier eine implizite Hochschätzung des natürlichen Sterbens, wobei es als unnatürlich angesehen wird, Leben zu verlängern oder abzukürzen, nicht jedoch, es mithilfe von Medikamenten erträglicher zu gestalten. Dies wirkt aber nicht sehr konsistent und zudem ist die Natürlichkeit per se kein ethisches Argument für oder gegen eine bestimmte menschliche Handlung (vgl. Birnbacher 2006).

Zudem scheint es so, dass die Palliative Care der Patientenautonomie den Vorrang vor der Lebensorientierung gibt, denn sie lässt ja gemäß dem Konzept der individuellen Lebensqualität die Betroffenen selbst entscheiden, was für sie Lebensqualität ist. Auch dürfen die Betroffenen selbst entscheiden, wann sie durch den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen das Sterben einleiten. Wieso sollte ihnen dann nicht auch das Recht zugestanden werden, das Sterben durch einen positiven, selbst gesetzten Akt einzuleiten, etwa durch assistierten Suizid?

Zusammenfassend bestehen also mehr Parallelen zwischen der Palliative Care und dem assistierten Suizid, als gemeinhin angenommen: Beide lassen sich vom Leiden und vom Respekt für die Patientenautonomie leiten, wobei die Lebensorientierung der Palliative Care zwar ein Unterscheidungsmerkmal ist, aber bei weitem kein unproblematisches und konsistentes. Unterschiedlich scheint zudem der Glaube an die Möglichkeiten palliativer Linderung: bei den einen eher überschätzt, bei den anderen eher unterschätzt, wobei hier im Einzelfall durchaus eine realistische Einschätzung in der Mitte situiert sein dürfte. Klar ist jedenfalls, dass die Palliative Care zwar so manchen Wunsch nach Suizidhilfe auflösen oder in den Hintergrund drängen kann, aber bei weitem nicht jeden (vgl. Borasio et al. 2017). Man kann Palliative Care und assistierten Suizid also durchaus als Geschwister sehen. Umso dringlicher erheben sich nun aber die konkreten berufsethischen Fragen, was die einzelne Palliative-Care-Fachkraft tun darf beziehungsweise soll.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Berufsethische Fragen

Die erste der beiden berufsethischen Fragen, die hier bearbeitet werden sollen, lautet: Darf eine Palliative-Care-Fachkraft (mit ärztlichem, pflegerischem oder sonstigem Hintergrund) Suizidassistenz leisten? Wohlgemerkt geht es hier nicht darum, ob sie das rechtlich darf: Dies entscheidet sich einzig und allein daran, ob sie die im jeweils zuständigen Jurisdiktionsgebiet gültigen rechtlichen Regeln einhält. Die Frage ist nun aber, ob sie das unter berufsethischer Rücksicht darf.

Um die Frage zu beantworten, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass Berufsethik nicht statisch ist, sondern zeitbedingten Veränderungen unterworfen ist. Der bloße Verweis auf eine berufsethische Tradition, die Meinung der Pioniere der Palliative Care oder gar den hippokratischen Eid aus der Antike ist niemals ein ethisches Argument, auch kein berufsethisches – zumal es immer eine Vielzahl heterogener Traditionsstränge in der Berufsethik gab, die parallel nebeneinanderher existierten (vgl. Wiesing 2020). Auch die Berufsethik muss wie jede Ethik Gründe für ihre normativen Aussagen finden, auch hier gilt wie in der allgemeinen Ethik, dass Tradition und Autorität keine normativ zulässigen Gründe sind.

Unsere Epoche ist charakterisiert vom Pluralismus der Werthaltungen, Lebenseinstellungen und Weltanschauungen (vgl. Connolly 2005). Das gilt für alle Mitglieder der Gesellschaft, zu denen selbstverständlich auch die Palliative-Care-Fachkräfte gehören. Oben wurde bereits dargestellt, wie heterogen die Antworten in Umfragen zu ethischen Themen auch innerhalb der Gruppe der Palliativfachkräfte sind. Hüten sollte man sich davor, die Haltungen der Fachkräfte mit den offiziellen Verlautbarungen der Fachgesellschaften oder Ärztefunktionär*innen gleichzusetzen. So hat etwa, wie der Autor selbst erfahren musste, der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wiederholt die differenzierte Vielfalt der Positionen in seiner eigenen »Arbeitsgemeinschaft Ethik« nicht in seine offiziellen Stellungnahmen übernommen und stattdessen den falschen Anschein erweckt, als bilde die Palliative Care einen monolithischen Meinungsblock.

Derselbe Pluralismus, der sich bei den Fachkräften findet, existiert auch auf Seiten der Patient*innen. Daher gibt es Menschen, die für sich den Weg des assistierten Suizids gehen möchten, nachdem sie dies ernsthaft und lange überlegt, mit ihrem Umfeld diskutiert und schließlich aus freien Stücken und in voller Verantwortung entschieden haben. Wenn diese Menschen Palliative-Care-Fachkräfte finden, die diese Entscheidung nachvollziehen können oder jedenfalls bereit sind, beim freiverantwortlichen Suizid zu helfen und dies mit ihrem Gewissen vereinbaren können, so gibt es keinen guten Grund, weshalb eine berufsethische Autorität dies im 21. Jahrhundert verbieten können sollte. Palliativfachkräfte sind den Kranken verpflichtet und nicht einem abstrakten, gar vermeintlich absoluten Wert des Lebens (vgl. Borasio et al. 2021).

Auf dieselbe Weise wie es einer Palliativfachkraft freigestellt sein sollte, Suizidhilfe zu leisten, sollte es ihr auch freigestellt sein, dies abzulehnen. Beide Positionen sollten keinerlei negative Auswirkungen auf ihre Berufsausübung haben. Auch in anderen, ethisch hochsensiblen und stark kontroversen Fragen, wie etwa dem Schwangerschaftsabbruch oder der Transgenderbehandlung, wird Fachkräften ein Gewissensvorbehalt zuerkannt, so dass sie frei wählen können, ob sie eine bestimmte Handlung ausführen

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

wollen oder nicht. Die deutschsprachige Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie hat dies in einem jüngsten Grundsatzpapier für die Suizidassistenz eindeutig so formuliert (vgl. Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie 2022).

Es stellt sich jedoch noch eine zweite berufsethische Frage: Haben Palliative-Care-Fachkräfte vielleicht sogar eine berufsethische Verpflichtung, bestimmte Formen professioneller Hilfe beim assistierten Suizid anzubieten? Wie schon gesagt, gilt der Gewissensvorbehalt, so dass von einer Palliativfachkraft nicht verlangt werden kann, etwas zu tun, das ihrem Gewissen widerstrebt und einen erheblichen *moral distress* verursachen würde. Das gilt aber insbesondere für die eigentliche Assistenzhandlung, das Verschreiben, Beschaffen und Anreichen des tödlichen Mittels. Diese Handlung ist notwendig, damit die*der Betreffende den Selbsttötungswunsch auf die geplante Weise umsetzen kann, sie ist aber auch die zeitlich letzte professionelle Handlung, bevor die*der Betreffende selbst mit Tatherrschaft die allerletzte, tödliche Handlung ausführt.

Im Vorfeld gibt es jedoch Formen professionellen Handelns, welche nicht in derselben Weise den Selbsttötungswunsch Sterbewilliger bestätigen und nicht als bloßes Mittel zur Selbsttötung aufzufassen sind. Hierzu gehören etwa die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit (Urteilsfähigkeit) der betreffenden Person, die ergebnisoffene Beratung zu den verschiedenen Handlungsoptionen und Unterstützungsangeboten der Palliative Care sowie die therapeutisch-pflegerische Weiterbetreuung. Diese professionellen Handlungen sind daher berufsethisch anders zu bewerten als die eigentliche Suizidassistenz. Meines Erachtens besteht hier eine professionelle Verpflichtung für Palliativfachkräfte, diese Hilfehandlungen zu übernehmen, sofern sie gewünscht sind. Würde eine Fachkraft etwa die pflegerische Weiterbehandlung verweigern, die ärztliche Schmerztherapie ablehnen, eine ergebnisoffene Beratung ausschlagen oder eine Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit blockieren, so würde sie die*den Patient*in letzten Endes alleine lassen, dadurch beträchtlichen Schaden zufügen und in ihren*seinen Bedürfnissen nicht respektieren. Die Fachkraft würde dann den berufsethischen Grundsatz verletzen, dass Patient*innen allein auf der Basis ihrer Menschenwürde und ihrer Bedürfnisse Respekt und Behandlung verdienen, unabhängig von Persönlichkeit, Werthaltungen oder Verhalten, dass ein*e Patient*in sich die professionelle Behandlung nicht moralisch »verdienen« muss (vgl. Clavien and Hurst 2020).

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Palliativmedizin und der assistierte Suizid durchaus als zwei Geschwister betrachtet werden können, die historisch gesehen in einer ähnlichen Phase der modernen Medizin geboren sind (auch wenn es historische Vorläufer in früheren Epochen gibt), einander bisher meist mit Abstand und einer gewissen Skepsis behandelt haben, aber gleichwohl erstaunlich viele Grundhaltungen miteinander teilen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass beide sich eines Tages versöhnen und zu einem *Modus vivendi* finden. Im Sinne der Patient*innen wäre das allemal.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Literatur

American Academy of Hospice and Medicine Palliative: »Position statement on physician-assisted death«, in: Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy 21(4) 2007, S. 55–57.

Balaguer, A./Monforte-Royo, C./Porta-Sales, J./Alonso-Babarro, A./Altisent, R./Aradilla-Herrero, A./Bellido-Perez, M./Breitbart, W./Centeno, C./Cuervo, M. A./Deliens, L./Frerich, G./Gastmans, C./Lichtenfeld S./Limonero, J. T./Maier, M. A./Materstvedt, L. J./Nabal, M./Rodin, G./Rosenfeld, B./Schroepfer, T./Tomas-Sabado, J./Trelis, J./Villavicencio-Chavez, C./Voltz, R.: »An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors«, in: PLOS One 11(1) (2016), doi: 10.1371/journal.pone.0146184.

Bartsch, C./Landolt, K./Ristic, A./Reisch, T./Ajdacic-Gross, V.: »Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine«, in: Deutsches Ärzteblatt International 116 (2019), S. 545–552, doi: 10.3238/arztebl.2019.0545.

Benzenhöfer, U.: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.

Bergdolt, K.: »Historische Reflexionen zur Sterbehilfe«, in: V. Schumpelick (Hg.), Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde. Ein deutsch-niederländischer Dialog, Freiburg i.Br.: Herder. 2003, S. 97–119.

Bergdolt, K.: Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute, München: C.H. Beck 2004.

Bernheim, J. L./Raus, K.: »Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticisms of the Belgian model of integral end-of-life care«, in: Journal of Medicine Ethics 43(8) (2017), S. 489–494, doi: 10.1136/medethics-2016-103511.

Berthelsen, P. G./Cronqvist, M.: »The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953.« in: Acta Anaesthesiol Scandinavia 47(10) (2003), S. 1190–1195.

Birnbacher, D.: Natürlichkeit, Berlin: de Gruyter 2006.

Blanke, C.,/LeBlanc, M./Hershman, D./Ellis, L./Meyskens, F.: »Characterizing 18 Years of the Death With Dignity Act in Oregon«, in: JAMA Oncology 3(10) (2017), S. 1403–1406, doi: 10.1001/jamaoncol.2017.0243.

Borasio, G. D./Jox, R. J./Gamondi, C.: »Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths«, in: Lancet 393(10175) (2019), S. 982–983, doi: 10.1016/S0140-6736(18)32554-6.

Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U.: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, Stuttgart: Kohlhammer 2014.

Borasio, G. D./Jox, R./Taupitz, J./Wiesing, U.: »Yes, This Is the Society in Which We Want to Live«, in: Journal of Palliative Medicine 24(5) (2021), S. 659–660.

Borasio, G. D./Jox, R. J./Taupitz, J./Wiesing, U.: Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfe-Gesetz, Berlin/Heidelberg: Springer 2017.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Bozzaro, C.: »Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext: Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen palliativen Sedierung am Lebensende.« in: Ethik in der Medizin 29 (2015), S. 93–106.

Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. – 2 BvR 2347/15 – Rn. 1–343.

Campbell, C. S./Cox, J. C.: »Hospice-assisted death? A study of Oregon hospices on death with dignity«, in: American Journal of Hospice and Palliative Medicine 29(3) (2012), S. 227–235, doi: 10.1177/1049909111418637.

Canadian Hospice Palliative Care Association: Position Statement on Hospice Palliative Care and Medical Assistance in Dying (MAiD) 2023, https://www.chpca.ca/resource/position-statement-on-hospice-palliative-care-and-medical-assistance-in-dying-maid/, abgerufen am 28. Juli 2023.

Cherny, N. I./Radbruch, L.: »European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care«, in: Palliative Medicine 23(7): (2009), S. 581–93.

Clark, D.: To Comfort Always: A History of Palliative Medicine Since the Nineteenth Century, Oxford: Oxford University Press 2016.

Clavien, C./Hurst, S.: »The Undeserving Sick? An Evaluation of Patients' Responsibility for Their Health Condition«, in: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 29(2) (2020), S. 175–191, doi: 10.1017/S0963180119000975.

Connolly, W.E.: Pluralism, Durham (CN, USA): Duke University Press 2005.

De Lima, L./Woodruff, R./Pettus, K./Downing, J./Buitrago, R./Munyoro, E./Venkateswaran, C./Bhatnagar, S./Radbruch, L.: »International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide«, in: Journal of Palliative Medicine 20(1) (2017), S. 8–14, doi: 10.1089/jpm.2016.0290

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Ärztlich Assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin: DGP 2014.

Deutscher Bundestag: Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015. Bundesgesetzblatt 49 (Teil I) 2015.

Dirlewanger, D.: »The international repercussions of the ›Hæmmerli Affair‹. The evolution of euthanasia debates in Western Europe (1974–1977)«, in: Revue d'histoire 147(3) (2020), S. 105–117.

Du Boulay, S.: Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement, London: Society for Promoting Christian Knowledge 2007.

Economist Intelligence Unit: »The quality of death. Ranking end-of-life care across the world«, in: Economist Intelligence Unit (2010), https://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation.

Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie: Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie. Grundsatzpapier, FGPG 2022, https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2022/10/Sterbewu%CC%88nsche-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_FGPG.pdf, abgerufen am 29. Juli 2023.

Feichtner, A./Körtner, U./Likar, R./Watzke, H./Weixler. D.: Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen, Berlin: Springer 2022.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Fittkau, L./Gehring, P.: »Zur Geschichte der Sterbehilfe«, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 4 (2008), S. 25–31.

Gaignard, M. E./Pautex, S./Hurst, S.: »Existential suffering as a motive for assisted suicide: Difficulties, acceptability, management and roles from the perspectives of Swiss professionals«, in: PLOS One 18(4) (2023), doi: 10.1371/journal.pone.0284698.

Gamondi, C./Borasio, G. D./Oliver, P./Preston, N./Payne, S.: »Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians«, in: BMJ Support Palliat Care 9(1) (2019), doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001291.

Gamondi, C./Gayet-Ageron, A./Borasio, G. D./Hurst, S./Jox, R. J./Ricou, B.: »Attitudes of university hospital staff towards in-house assisted suicide«, in: PLOS One 17(10) (2022), doi: 10.1371/journal.pone.0274597.

Gerson, S. M./Koksvik, G. H./Richards, N./Materstvedt, L. J./Clark, D.: »The Relationship of Palliative Care With Assisted Dying Where Assisted Dying is Lawful: A Systematic Scoping Review of the Literature«, in: Journal of Pain and Symptom Management 59(6) (2020), S. 1287–1303.

Jansky, M./Jaspers, B./Radbruch, L./Nauck, F.: »[Attitudes and experiences regarding physician assisted suicide: A survey among members of the German Association for Palliative Medicine]«, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 60(1) (2017), S. 89–98, doi: 10.1007/s00103-016-2476-7.

Kitta, A./Ecker, F./Zeilinger, E. L./Kum, L./Adamidis, F./Masel E. K.: »Statements of Austrian hospices and palliative care units after the implementation of the law on assisted suicide: A qualitative study of web-based publications«, in: Wiener klinische Wochenschrift 135 (2023), S. 331–491, doi: 10.1007/s00508-023-02157-9.

Kübler-Ross, E.: On Death and Dying, New York: Simon & Schuster 1969.

Lüönd, K.: »40 Jahre Exit: Der Kampf um das Recht, zu sterben«, in: NZZ Magazin 02.04.2022.

Montaguti, E./Jox, R. J./Zwick, E/Picozzi, M.: »From the concept of ›good death‹ in the ancient world to the modern concept of ›euthanasia‹«, in: Medicina Historica 2(2) (2018), S. 104–108.

Mroz, S./Dierickx, S./Deliens, L./Cohen, J./Chambaere, K.: »Assisted dying around the world: a status quaestionis.«, in: Annals of Palliative Medicine 10(3) (2021), S. 3540–3553, doi: 10.21037/apm-20-637.

Muller-Busch, H. C./Oduncu, F. S./Woskanjan, S/Klaschik, E.: »Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation – a survey of the members of the German Association for Palliative Medicine«, in: Medicine, Health Care and Philosophy 7(3) (2004), S. 333–339, doi: 10.1007/s11019-004-9349-9.

Österreichische Palliativgesellschaft (ÖPG): Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft zum aktuellen Diskussionsprozess über eine gesetzliche Regulierung des assistierten Suizids 2021, https://www.palliativ.at/aktuelles/stellungnahmen-der-opg, abgerufen am 17. Oktober 2023.

Radbruch, L./Leget, C/Bahr, P./Muller-Busch, C./Ellershaw, J./de Conno, F./Vanden Berghe, P./Board Members of. EAPC: »Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care«, in: Palliative Medicine 30(2) (2016), S. 104–16, doi: 10.1177/0269216315616524.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Republik Österreich: Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) BGBl. I Nr. 242 2021.

Saunders, C.: »The evolution of palliative care«, in: Patient Education and Counseling 41(1) (2000), S. 7–13.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Umgang mit Sterben und Tod, Basel: SAMW 2022.

Stolberg, M.: »›Cura palliativa‹. Begriff und Diskussion der palliativen Krankheitsbehandlung in der vormodernen Medizin (ca. 1500–1850)«, in: Medizinhistorisches Journal 42(1) (2007), S. 7–29.

Stolberg, M.: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute, Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag 2011.

Stolberg, M.: »Sterbehilfe: Ein Thema mit langer Geschichte«, in: Deutsches Ärzteblatt 115(47) (2018), S. A2164-7.

Streeck, N.: Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende, München: Campus Verlag 2020.

Tomczyk, M., R. Andorno/Jox, R. J.: »›How is it possible that at times we can be physicians and at times assistants in suicide?‹ Attitudes and experiences of palliative care physicians in respect of the current legal situation of suicide assistance in Switzerland«, in: Journal of Medical Ethics 49 (2023), S. 594–601, doi: 10.1136/jme-2022-108546.

Tomczyk, M./Dieudonne-Rahm, N./Jox. R. J.: »A qualitative study on continuous deep sedation until death as an alternative to assisted suicide in Switzerland«, in: BMC Palliative Care 20(1) (2021), doi: 10.1186/s12904-021-00761-y.

Verfassungsgerichtshof. 2020. VfGH-Erkenntnis G 139/2019 vom 11. Dezember 2020, https://www.vfgh.gv.at/medien/Toetung_auf_Verlangen_Mithilfe_am_Suizid.php, abgerufen am 28. Juli 2023.

Vilpert, S./Borrat-Besson, C./Borasio, G. D./Maurer, J.: »Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland«, in: PLOS One 15(4) (2020), doi: 10.1371/journal.pone.0232109.

Wiesing, U. »The Hippocratic Oath and the Declaration of Geneva: legitimization attempts of professional conduct«, in: Medicine, Healthcare and Philosophy 23 (2020), S. 81–86.

Wiesing, U.: »The Judgment of the German Federal Constitutional Court regarding assisted suicide: a template for pluralistic states?«, in: Journal of Medical Ethics 48(8) (2022), S. 542–546, doi: 10.1136/medethics-2021-107233.

World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804), Geneva: World Health Organization 1990.

World Health Organization: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Geneva: Worldwide Palliative Care Alliance 2014.

Zenz, J./Tryba M./Zenz, M: »Physician-Assisted Dying: Acceptance by Physicians Only for Patients Close to Death«, in: Pain and Therapy 3(2) (2014), S. 103–12, doi: 10.1007/s40122-014-0029-z.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.14361/9783839467923-010 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY