Personenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung im Kontext des assistierten Suizids

Pola Hahlweg

Entscheidungsprozesse zu assistiertem Suizid so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht werden, stellt eine große Herausforderung dar. Es gilt, einem solch existenziellen Anliegen im Spannungsfeld zwischen persönlicher Autonomie und ausreichendem Schutz auf angemessene Weise zu begegnen und sich jeder Einzelperson in ihrer ganz individuellen Situation zuzuwenden, ohne vorschnell in die eine oder andere Richtung zu tendieren.

Dieses Kapitel legt dar, inwiefern Personenzentrierung und partizipative Entscheidungsfindung, zwei bewährte Konzepte aus der Gesundheitsversorgung, hierbei hilfreich sein können. Als theoretisches Fundament dient das »integrative Modell der Patient*innenzentrierung« (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014), welches durch sein wissenschaftlich fundiertes und umfassendes Verständnis von Personenzentrierung einen guten Ausgangspunkt für eine solche Annäherung darstellt.

Im Folgenden werden zunächst Personenzentrierung im Allgemeinen (1.) und darauffolgend die einzelnen Dimensionen der Personenzentrierung (1.1 bis 1.3) jeweils beschrieben und auf assistierten Suizid bezogen. Unter 2. wird die als »Höhepunkt« (engl. Pinnacle, vgl. Barry/Edgman-Levitan 2012) der Personenzentrierung bezeichnete partizipative Entscheidungsfindung mit assistiertem Suizid verknüpft. Abschließend erfolgt unter 3. ein Fazit und Ausblick zur Anwendung von Personenzentrierung und partizipativer Entscheidungsfindung auf assistierten Suizid.

1. Personenzentrierte Gesundheitsversorgung

Wie sich Menschen das Ende ihres Lebens vorstellen und ob es für sie in Frage kommt, assistierten Suizid in Betracht zu ziehen, sind höchst persönliche Angelegenheiten. Gleichzeitig sind Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten, darauf angewiesen, von der Gesellschaft – konkreter am ehesten vom Gesundheitssys-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

tem – oder mindestens von Einzelpersonen auf eine verantwortbare Art und Weise die Möglichkeit zum assistierten Suizid zu erhalten.

Personenzentrierte Gesundheitsversorgung (engl. person- oder people-centered health care) meint die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den persönlichen Präferenzen, Werten und Bedürfnissen der Betroffenen (vgl. Institute of Medicine 2001: 6). Dies bezieht sich auf sämtliche Aspekte und Phasen der Versorgung, beispielsweise Gespräche zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und Entscheidungen im Rahmen der Vorsorge, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Hiermit ist nicht gemeint, dass jeder Wunsch oder jedes Bedürfnis unhinterfragt erfüllt, sondern dass diese in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen und einbezogen werden sollten.

Die Weltgesundheitsorganisation hat als Vision für personenzentrierte Gesundheitsversorgung Folgendes beschrieben:

> »Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften werden in einem vertrauenswürdigen Gesundheitssystem versorgt, das ihren Bedürfnissen auf humane und ganzheitliche Art und Weise gerecht wird, und können sich ihren Präferenzen entsprechend einbringen und beteiligen.« (World Health Organization 2007: 7)

Personenzentrierung muss folglich sowohl auf Ebene der Individuen als auch einzelner Organisationen und ganzer Gesundheitssysteme umgesetzt werden (vgl. Vennedey/Hower/Hillen/Ansmann/Kuntz/Stock 2020: 4ff.). Begründet wird dieser Ansatz durch zentrale ethische Grundprinzipien wie Menschenwürde, Respekt vor der individuellen Autonomie und Gerechtigkeit, aus denen sich die Notwendigkeit einer personenzentrierten, partizipativen und gleichberechtigten Gesundheitsversorgung ableiten lässt (vgl. Beauchamp/Childress 1979; vgl. World Health Organization 2007: 7; vgl. Hahlweg/Härter 2021). Auch im 2017 aktualisierten Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes, dem Nachfolger des hippokratischen Eides, findet sich eine Stärkung der Personenzentrierung, insofern als das Respektieren der Autonomie der Patient*innen in dieser Version erstmals explizit benannt wird (vgl. Montgomery/Parsa-Parsi/Wiesing 2018: 68). Die zunehmende Betonung der Autonomie in der Gesundheitsversorgung passt auch dazu, dass im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 das Recht auf Autonomie als zentrales Argument für die Legalisierung des assistierten Suizids betont wurde (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 1).

Eine Herausforderung im Umgang mit Personenzentrierung ist jedoch die bestehende begriffliche und definitorische Unschärfe (vgl. Scholl/Vennedey/Stock 2021: 161). So wurde in der Vergangenheit häufig von Patient*innenzentrierung (oder -orientierung) gesprochen, während heute vermehrt die Bezeichnung Personenzentrierung (oder -orientierung) verwendet wird, um den Fokus weg von der Rolle als Patient*in und hin zu einer ganzheitlicheren Sicht auf die Person zu lenken (vgl. Håkansson Eklund/Holmström/Kumlin/et al. 2019). Dennoch werden die oben genannten Begriffe oft synonym oder zumindest sinnähnlich verwendet. In diesem Kapitel wird vornehmlich der Begriff Personenzentrierung verwendet, um einem ganzheitlichen Verständnis bestmöglich Rechnung zu tragen.

Zudem fehlt es häufig an einer klaren Definition (vgl. Zill/Zeh/Scholl 2021: 50). Um diesem Mangel zu begegnen, wurde in einer systematischen Literaturarbeit mit

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

mehr als 400 wissenschaftlichen Veröffentlichungen das sogenannte integrative Modell der Patient*innenzentrierung abgeleitet (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014). Das Modell wurde in Delphi-Befragungen mit Expert*innen und Patient*innen validiert (vgl. Zill/Scholl/Härter/Dirmaier 2015; vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019). Nach Einbezug der Patient*innenperspektive wurde das Modell um eine weitere Dimension ergänzt und umfasst in seiner aktuellen Fassung 16 Dimensionen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019: 5). Diese unterteilen sich in Aspekte der personenzentrierten Grundhaltung, in konkrete Handlungen und Maßnahmen und in Rahmenbedingungen, auf welche im Folgenden einzeln eingegangen wird.

1.1 Personenzentrierte Grundhaltung

Eine personenzentrierte Grundhaltung umfasst im integrativen Modell vier Dimensionen (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 3):

- Einzigartigkeit jeder Person
- Berücksichtigung der Lebensumstände
- Personenzentrierte Merkmale der Behandelnden
- Vertrauensvolles Miteinander

Die Einzigartigkeit jeder Person zu berücksichtigen beinhaltet das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche, Sorgen und Erwartungen und das Anerkennen, dass Menschen verschieden sind (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 1). Die Berücksichtigung der Lebensumstände bedeutet eine ganzheitliche Betrachtungsweise unter Einbezug aller Lebensbereiche wie etwa Körper und Psyche, Partnerschaft, Familie und Freund*innen, Beruf und Freizeit (vgl. ebd.). Diese Dimensionen weisen einen engen Zusammenhang zur Autonomie auf, welche, wie oben beschrieben, ein zentrales Argument für assistierten Suizid darstellt (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 1). Auch erscheint die Beachtung der Einzigartigkeit jeder Person unerlässlich, um eine sterbewillige Person angemessen und an ihre individuelle Situation angepasst über die Möglichkeit eines assistierten Suizids sowie über bestehende Alternativen beraten zu können.

Personenzentrierte Merkmale der Behandelnden beinhalten Einfühlungsvermögen, Ehrlichkeit, Wertschätzung, Vertrauenswürdigkeit, Bewusstsein über eigenes Verhalten und eigene Gefühle sowie fachliche Kompetenz (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 1). Diese Eigenschaften ermöglichen ein echtes Sich-Zuwenden und offenes Zuhören. Auch im Kontext des assistierten Suizids sind diese Eigenschaften und Fähigkeiten von essenzieller Bedeutung. Besonders die Reflexion über eigenes Verhalten und eigene Gefühle sei hier betont. Die persönlich wie ethisch oft aufgeladene Thematik des assistierten Suizids erfordert von Behandelnden in besonderem Maße, eigene Befindlichkeiten wahrnehmen und von den Bedürfnissen der Person mit Sterbewunsch trennen zu können.

Um ein vertrauensvolles Miteinander zu fördern, sollten unter anderem Ansprechpartner*innen möglichst konstant bleiben, den Behandelnden Vorinformationen bekannt sein und sowohl die Vorgeschichte als auch das aktuelle Befinden besprochen

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

werden (vgl. ebd.). Ein vertrauensvolles Miteinander wurde in qualitativen Studien mit Behandelnden und Betroffenen als zentral für das Besprechen von Assistierter-Suizid-Anliegen benannt (vgl. z.B. Oczkowski/Crawshaw/Austin/et al. 2021: 4; Brooks 2019: 386; 393). Gleichzeitig deuten qualitative Studien mit Angehörigen darauf hin, dass assistierter Suizid oft primär in engen privaten Vertrauensverhältnissen besprochen und Behandelnde nicht immer als passende Ansprechpartner*innen wahrgenommen wurden (vgl. Georges/Onwuteaka-Philipsen/Muller/van der Wal/van der Heide/van der Maas 2007: 4; vgl. Gamondi/Pott/Preston/Payne 2018: 1090). Ob sich gleichbleibende Ansprechpartner*innen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid verwirklichen lassen, hängt zudem von den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben ab. Beispielsweise können sich diese dahingehend unterscheiden, ob Beratungen von vorbehandelnden Ärzt*innen oder von unabhängigen, nicht vorbekannten Ärzt*innen durchzuführen sind. Eine unabhängige Beurteilung könnte den Vorteil haben, dass Interessenskonflikte oder Befangenheiten weniger wahrscheinlich wären. Eine vertrauensvolle Begegnung zweier Menschen zu einem hochemotionalen und existenziellen Thema wie assistiertem Suizid ist jedoch – wenn überhaupt – fast nur im Kontext etablierter Behandler*innen-Patient*innen-Beziehungen vorstellbar. Welches Vorgehen bei Assistierter-Suizid-Anliegen angemessener wäre, hängt sowohl von den Präferenzen der sterbewilligen Person als auch von dem individuell wie gesellschaftlich festgelegten Rollenverständnis für die beratende Person ab. Sollte die Aufgabe einer Beratung zu assistiertem Suizid eher die Begegnung und Klärung in einem vertrauensvollen Miteinander oder das Prüfen des Vorhandenseins von Voraussetzungen und des Einhaltens von Regelungen sein?

1.2 Konkrete Handlungen und Maßnahmen der Personenzentrierung

Im integrativen Modell der Personenzentrierung werden sieben konkrete Handlungen und Maßnahmen beschrieben (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 6; vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Härter/Scholl 2019: 5):

- Individuell angepasste Informationen
- Gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung bei Entscheidungen
- Aktivierung von Patient*innen
- Unterstützung des körperlichen Wohlbefindens
- Unterstützung des psychischen Wohlbefindens
- Beteiligung von Familie und Freund*innen
- Patient*innensicherheit

Individuell angepasste Informationen sollten ausgewogen über verschiedene Möglichkeiten inklusive deren Vor- und Nachteilen gegeben werden, auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse der zu informierenden Person einbeziehen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Auch sollte die betroffene Person die Möglichkeit haben, ihr Wissen mitzuteilen (vgl. ebd.). Auch im Rahmen von Beratungsgesprächen zu assistiertem Suizid wird auf die Zentralität der Informationsvermittlung – einschließlich möglicher Alternativen – hingewiesen (vgl. Bundesverfassungsgericht 2020: 22f.; vgl. Deutscher Ethikrat 2022: 15f.).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Durch einen solchen Informationsaustausch wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und Beteiligung bei Entscheidungen möglich, bei der die betroffene Person die Möglichkeit hat, ihre Sichtweise, Wünsche und Ziele einzubringen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Diese Dimension beschreibt im Kern partizipative Entscheidungsfindung (siehe 2).

Durch die Aktivierung von Patient*innen sollen Betroffene ermutigt werden, einen aktiven und selbstständigen Umgang mit ihrer Erkrankung zu finden, und dadurch zu Expert*innen für die eigene Situation und Erkrankung werden (vgl. ebd.). Auch für Personen, die assistierten Suizid in Betracht ziehen, ist ein proaktiver Umgang mit der eigenen Situation unerlässlich. Beispielsweise sind es meist Personen mit Sterbewunsch, die das Thema assistierter Suizid initial ansprechen. Auch hängen die notwendigen Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit, der ausreichenden Selbstbestimmungsfähigkeit und der Freiheit von Druck und Beeinflussung durch Dritte (vgl. Deutscher Ethikrat 2022: 17ff.) eng mit »aktiven Patient*innen« im Sinne der Personenzentrierung zusammen.

Personenzentrierte Versorgung beinhaltet außerdem die Unterstützung des körperlichen und des psychischen Wohlbefindens, beispielsweise durch die Behandlung somatischer Symptome oder das Ansprechen von Gefühlen und das Angebot psychologischer Unterstützung (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 5). Auch im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung, Beratung und Aufklärung zu Assistierter-Suizid-Anliegen ist die Beachtung und gegebenenfalls Behandlung somatischer wie psychischer Symptome essenziell. Beispielsweise spielt dies im Rahmen der Beratung zu möglichen Alternativen zu assistiertem Suizid und in der Planung und Durchführung eines assistierten Suizids eine Rolle.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Rolle und Belastung der Angehörigen von Menschen, die assistierten Suizid in Betracht ziehen oder durchgeführt haben (vgl. Roest/Trappenburg/Leget 2019). Im integrativen Modell der Personenzentrierung wird die Beteiligung von Familie und Freund*innen entsprechend der Wünsche der betroffenen Person unterstützt (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 4). Dies kann beispielsweise die Weitergabe von Informationen, die Teilnahme an Gesprächen oder eine aktive Beteiligung und Unterstützung zum Beispiel im Rahmen der Pflege sein (vgl. ebd.). Auch diese Dimension sowie die aufgeführten Beispiele passen für das Anwendungsbeispiel des assistierten Suizids. Gleichzeitig sei an dieser Stelle erwähnt, dass Assistierter-Suizid-Anliegen nicht immer von allen Angehörigen gleichermaßen mitgetragen werden, was zu Konflikten und Unverständnis führen und für alle Beteiligten herausfordernd und belastend sein kann.

Auch Patient*innensicherheit ist im Zusammenhang mit assistiertem Suizid wichtig. Diese Dimension der Personenzentrierung beinhaltet neben Sauberkeit und Hygiene auch Aspekte wie den Einbezug aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, das Wissen über Wechselwirkungen und Medikamentensicherheit und eine gründliche Dokumentation (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 3). Im Hinblick auf die Sicherheit und Dokumentation der Planung und Durchführung eines assistierten Suizids kann auch diese Dimension gut angewendet werden.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

1.3 Rahmenbedingungen der Personenzentrierung

Zuletzt beschreibt das integrative Modell fünf Rahmenbedingungen für personenzentrierte Versorgung (vgl. Scholl/Zill/Härter/Dirmaier 2014: 3f.):

- Angemessene Kommunikation
- Einbezug ergänzender Angebote
- Zusammenarbeit von Behandelnden
- Gute Planung der Behandlung
- Zugang zur Behandlung

Angemessene Kommunikation beinhaltet Basisfertigkeiten der Gesprächsführung wie das Verwenden verständlicher Sprache, Raum für Fragen, aufmerksames Zuhören und Blickkontakt (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Auch wenn angemessene Kommunikation als eine der Grundsäulen ärztlichen Handelns und von Interaktionen im Gesundheitssystem angesehen wird, so zeigen sich in der Routineversorgung immer wieder Defizite (vgl. Maguire/Pitceathly 2002: 697; vgl. Levinson/Pizzo 2011: 1802f.; vgl. Zota/Diamantis/Katsas/et al. 2023: 1f.; 14). Für die Kommunikation und Entscheidungsfindung zu existenziellen Themen wie assistiertem Suizid sind gute Kommunikationsfertigkeiten besonders wichtig, da diese Themen mit Tabus und einer erhöhten Vulnerabilität und Abhängigkeit auf Seiten der Personen mit Sterbewunsch einhergehen können. Auch ist an ethischen Prinzipien und Standards ausgerichtete Kommunikation essenziell, um – auch im Hinblick auf Patient*innensicherheit – möglicher Beeinflussung bis hin zu Manipulation entgegenzuwirken.

Der Einbezug ergänzender Angebote wie Selbsthilfegruppen, Komplementärmedizin und spiritueller Unterstützung entsprechend den Wünschen der Betroffenen setzt voraus, dass die Behandelnden den Wert solcher Angebote anerkennen (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Im Zusammenhang mit assistiertem Suizid wird immer wieder die Wichtigkeit guter Palliativversorgung und teilweise ergänzender Angebote wie beispielsweise Schuldnerberatungen angebracht (vgl. Deutscher Bundestag 2022a: 6; 14; vgl. Deutscher Bundestag 2022b: 5; 15). Dies zeigt, wie relevant die Verzahnung und Zusammenarbeit mit ergänzenden beziehungsweise alternativen Angeboten im Kontext von assistiertem Suizid ist.

Eine gute Zusammenarbeit von Behandelnden über Fachbereiche und Berufsgruppen hinweg erfordert Absprachen, gegenseitigen Respekt und Vertrauen sowie gemeinsame Verantwortungsübernahme und sollte in Institutionen auf Leitungsebene unterstützt werden (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Dies erleichtert eine gute Planung der Behandlung, welche unter anderem das Vereinbaren und Koordinieren von Folgeterminen, Absprachen zwischen Behandelnden in verschiedenen Settings, Verfügbarkeit von Vorinformationen wie Arztbriefen und Unterstützung mit Anträgen und Formularen bedeutet (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 3). Auch hinsichtlich Assistierter-Suizid-Anliegen sind gute Teamarbeit zwischen Behandelnden (vgl. z.B. Brown/Goodridge/Harrison/Kemp/Thorpe/Weiler 2022: 348) und gute Planung von Terminen und Abläufen (vgl. z.B. Crumley/Kelly/Young/Phinney/McCarthy/Gubitz 2021: 4) wichtige Bausteine.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Der Zugang zur Behandlung ist ebenfalls eine Voraussetzung für personenzentrierte Versorgung und beinhaltet unter anderem räumliche Nähe, zeitliche Vereinbarkeit, Barrierefreiheit und finanzielle Erschwinglichkeit (vgl. Zeh/Christalle/Hahlweg/Scholl 2018: 2). Das Thema des Zugangs zu assistiertem Suizid wurde ebenfalls im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts aufgegriffen, indem dieses betonte, dass assistierter Suizid nicht »faktisch unmöglich« sein darf (Bundesverfassungsgericht 2020: 1). Wie ein leichter Zugang zu assistiertem Suizid am besten gewährleistet werden kann, ohne Schutzbedarfe zu vernachlässigen, bleibt zum aktuellen Zeitpunkt eine offene Frage.

2. Partizipative Entscheidungsfindung

Ein zentraler Baustein personenzentrierter Gesundheitsversorgung ist die gemeinsame, sogenannte partizipative Entscheidungsfindung zwischen Behandelnden und Betroffenen.

> »Partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient*in und Arzt/Ärztin auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen.« (Härter 2004: 90)

Wie Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung getroffen werden, kann als Kontinuum zwischen der sogenannten paternalistischen Entscheidungsfindung, bei der Behandelnde die Entscheidung bestimmen, und der sogenannten informierten Entscheidungsfindung, bei der die betroffenen Personen die Entscheidung bestimmen, verstanden werden – mit der partizipativen Entscheidungsfindung in der Mitte (vgl. Charles/Gafni/Whelan 1997: 682ff.). In letzter Zeit entwickeln sich zudem zunehmend differenziertere Betrachtungsweisen, die für eine Unterscheidung verschiedener Arten der partizipativen Entscheidungsfindung plädieren (vgl. Kon 2010: 903f.; vgl. Hargraves/Montori/Brito 2019: 1788ff.; vgl. Resnicow/Catley/Goggin/et al. 2021: 755). Unabhängig davon, ob eine Entscheidung eher nach dem paternalistischen, dem partizipativen oder dem informierten Modell getroffen wird, sollten alle Entscheidungen in der Medizin personenzentriert erfolgen (vgl. Resnicow/Catley/Goggin/et al. 2021: 755).

Generell wird partizipative Entscheidungsfindung von vielen Patient*innen gewünscht (vgl. Braun/Marstedt 2014: 111ff.; vgl. Hahlweg/Kriston/Scholl/et al. 2020: 969f.) und von der Gesundheitspolitik und Gesetzgebung gefordert (vgl. Deutscher Bundestag 2013: 277; vgl. Hahlweg/Bieber/Brütt/et al. 2022: 50f.). Beim assistierten Suizid besteht jedoch ein entscheidender Unterschied zu Gesundheitsproblemen, welche aus medizinischer Fachperspektive eine Behandlung indizieren und für welche die oben beschriebenen Konzepte entwickelt wurden: Es handelt sich um die autonome Präferenz einer Person mit Sterbewunsch, welche im Hinblick auf die Entscheidungsfindung am ehesten mit elektiven Behandlungen in der Medizin vergleichbar ist. Entscheidungen zu elektiven Behandlungen sollten entsprechend dem Kontinuum mehr durch Patient*innen als durch Behandelnde bestimmt werden. Gleichzeitig benötigen sowohl

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

elektive Behandlungen Behandelnde, die bereit sind die Behandlung durchzuführen, als auch assistierter Suizid eine Person, die bereit ist, die Assistenz zu leisten. Beim assistierten Suizid beinhaltet dies das Prüfen von Voraussetzungen und Kriterien wie der Selbstbestimmungsfähigkeit und des Einhaltens möglicherweise vorgegebener Beratungsgespräche. Dies gibt der*dem Behandelnden, welche*r potenziell beispielsweise durch das Ausstellen eines Rezeptes beim assistierten Suizid assistieren würde, eine Machtposition beziehungsweise Pförtnerfunktion im Rahmen der Entscheidungsfindung. Diese Aspekte machen deutlich, dass für eine Anwendung der klassischen medizinischen Entscheidungsmodelle auf assistierten Suizid eine sorgfältige Prüfung und entsprechende Adaptation erforderlich ist.

Neben den übergeordneten theoretischen Überlegungen zu Arten der Entscheidungsfindung gibt es auch praxisnahe Modelle wie das »Three Talks Modell« (vgl. Elwyn/Durand/Song/et al. 2017), die beschreiben, wie gemeinsame Entscheidungsfindung in der Routineversorgung umgesetzt werden kann. Diese konkreten Umsetzungsempfehlungen könnten auch für Entscheidungsgespräche zu assistiertem Suizid Orientierung bieten und die Kommunikation während des Abwägungs- und Beratungsprozesses unterstützen.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Personenzentrierung sollte auch für Überlegungen zu einer verantwortbaren Praxis des assistierten Suizids herangezogen werden. Die einzelnen Dimensionen einer personenzentrierten Grundhaltung, konkreter Handlungen und Maßnahmen sowie der Rahmenbedingungen für Personenzentrierung sollten jeweils sorgfältig geprüft und bei Bedarf für assistierten Suizid adaptiert werden. Gerade wenn Gesellschaften oder Gesundheitssysteme assistierten Suizid neu regeln und hierdurch die Umsetzung in der Praxis neu gestaltet werden muss, sollte dies personenzentriert erfolgen, um der Individualität und Autonomie jeder einzelnen Person möglichst gerecht zu werden.

Hinsichtlich der Entscheidungssituationen bestehen entscheidende Unterschiede zwischen medizinisch indizierten Behandlungen und Anfragen nach assistiertem Suizid. Deshalb sollte auch die Art und Weise, wie über Entscheidungsprozesse nachgedacht wird, für assistierten Suizid angepasst werden. Bei der Entscheidungsfindung zu assistiertem Suizid entsteht ein Spannungsfeld zwischen dem hohen Wert der Autonomie einer Person mit Sterbewunsch und den Schutz- und Prozesspflichten der beratenden, prüfenden und potenziell geschäftsmäßig assistierenden Person. Unter anderem kann dies zu einer Kollision von Hilfe- und Prüffunktionen und damit einer Pförtnerfunktion auf Seiten der Behandelnden führen. Dennoch können konkrete Prozessschritte und praxisnahe Ablaufmodelle der partizipativen Entscheidungsfindung auch im Kontext von assistiertem Suizid hilfreiche Orientierung bieten.

Insgesamt bieten somit sowohl die Personenzentrierung als auch die partizipative Entscheidungsfindung einen hilfreichen Rahmen und sollten beispielsweise in Leitlinien oder Fortbildungsprogramme zum Thema assistierter Suizid einfließen.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Literatur

Barry, Michael J./Edgman-Levitan, Susan: »Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care«, in: New England Journal of Medicine 366(9) (2012), S. 780–781.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: Principles of Biomedical Ethics, Oxford: Oxford University Press 1979.

Braun, Bernard/Marstedt, Gerd: »Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit«, in: Gesundheitsmonitor 2 (2014), S. 1–11.

Brooks, Laura: »Health Care Provider Experiences of and Perspectives on Medical Assistance in Dying: A Scoping Review of Qualitative Studies«, in: Canadian Journal on Aging 38(3) (2019), S. 384–396.

Brown, Janine/Goodridge, Donna/Harrison, Averie/Kemp, Jordan/Thorpe, Lilian/Weiler, Robert: »Care Considerations in a Patient- and Family-Centered Medical Assistance in Dying Program«, in: Journal of Palliative Care 37(3) (2022), S. 341–351.

Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16, abzurufen unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html, abgerufen am 03. Mai 2023.

Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim J.: »Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)«, in: Social Science & Medicine 44(5) (1997), S. 681–692.

Crumley, Ellen T./Kelly, Scarlett/Young, Joel/Phinney, Nicole/McCarthy, John/Gubitz, Gordon: »How is the medical assistance in dying (MAID) process carried out in Nova Scotia, Canada? A qualitative process model flowchart study«, in: BMJ Open (11) (2021), e048698.

Deutscher Bundestag: Drucksache 20/2332: Gesetzesentwurf der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Petra Sitte, Helge Lindh, et al. – Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe, 20.Wahlperiode, 2022a, https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf, abgerufen am 03. Mai 2023.

Deutscher Bundestag: Drucksache 20/904: Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, et al. – Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung, 20. Wahlperiode, 2022b, https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf, abgerufen am 03.Mai 2023.

Deutscher Bundestag: »Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)«, in: Bundesgesetzblatt 1(9) (2013), S. 277–282.

Deutscher Ethikrat: Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme, Berlin: Deutscher Ethikrat, 2022, https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf, abgerufen am 03. Mai 2023.

Elwyn, Glyn/Durand, Marie Anne/Song, Julia et al.: »A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process«, in: The BMJ 359 (2017), j4891.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Gamondi, Claudia/Pott, Murielle/Preston, Nancy/Payne, Sheila: »Family caregivers' reflections on experiences of assisted suicide in Switzerland: a qualitative interview study«, in: Journal of Pain and Symptom Management 55(4) (2018), S. 1085–1094.

Georges, Jean-Jaques/Onwuteaka-Philipsen, Bregje D./Muller, Martien T. et al.: »Relatives' perspective on the terminally ill patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide: a retrospective cross-sectional interview study in the Netherlands«, in: Death Studies 31(1) (2007), S. 1–15.

Hahlweg, Pola/Härter, Martin: »Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt – Patientenorientierung und Klinische Ethik«, in: Katharina Wöllert/Burkhard Göke/Joachim Prölß/Philipp Osten (Hg.), Praxisfeld Klinische Ethik, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021, S. 115–118.

Hahlweg, Pola/Bieber, Christiane/Brütt, Anna Levke et al.: »Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany«, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 171 (2022), S. 49–57.

Hahlweg, Pola/Kriston, Levente/Scholl, Isabelle et al.: »Cancer patients' preferred and perceived level of involvement in treatment decision-making: an epidemiological study«, in: Acta Oncologica, 59(8) (2020), S. 967–974.

Håkansson Eklund, Jakob/Holmström, Inger K./Kumlin, Tomas et al.: »›Same same or different?‹ A review of reviews of person-centered and patient-centered care«, in: Patient Education and Counseling 102(1) (2019), S. 3–11.

Hargraves, Ian G./Montori, Victor M./Brito, Juan P. et al.: »Purposeful SDM: a problem-based approach to caring for patients with shared decision making«, in: Patient Education and Counseling 102(10) (2019), S. 1786–1792.

Härter, Martin: »Editorial: Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) – ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch«, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98(2) (2004), S. 89–92.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century, Washington D.C.: National Academy Press 2001.

Kon, Alexander A.: »The shared decision-making continuum«, in: Journal of the American Medical Association 304(8) (2010), S. 903–904.

Levinson, Wendy/Pizzo, Philip A.: »Patient-physican communication: It's about time«, in Journal of the American Medical Association 305(17) (2011), S. 1802–1803.

Maguire, Peter/Pitceathly, Carolyn: »Key communication skills and how to acquire them«, in: The BMJ 325(7366) (2002), S. 697–700.

Montgomery, Frank U./Parsa-Parsi, Ramin W./Wiesing, Urban: »Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds«, in: Ethik in der Medizin 30 (2018), S. 67–69.

Oczkowski, Simon J. W./Crawshaw, Diane E./Austin, Peggy, et al.: »How can we improve the experiences of patients and families who request medical assistance in dying? A multi-centre qualitative study«, in BMC Palliative Care 20(1) (2021), Art. 185.

Resnicow, Ken/Catley, Delwyn/Goggin, Kathy et al.: »Shared Decision Making in Health Care: Theoretical Perspectives for Why It Works and For Whom«, in: Medical Decision Making 42(6) (2021), S. 755–764.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Roest, Bernadette/Trappenburg, Margo/Leget, Carlo: »The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review«, in BMC Medical Ethics 20(1) (2019), Art. 23.

Scholl, Isabelle/Vennedey, Vera/Stock, Stephanie: »Patientenzentrierte Versorgung«, in: Stephanie Stock/Karl W. Lauterbach/Stefan Sauerland (Hg.), Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe (4. Aufl.), Bern: Hogrefe 2021, S. 161–169.

Scholl, Isabelle/Zill, Jördis M./Härter, Martin/Dirmaier, Jörg: »An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis«, in PLOS One 9(9) (2014), e107828.

Vennedey, Vera/Hower, Kira I./Hillen, Hendrik/Ansmann, Lena/Kuntz, Ludwig/Stock, Stephanie: »Patients' perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews«, in: BMJ Open 10 (2020), e033449.

World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific: People-centred health care. A policy framework. 2007, https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176, abgerufen am 03. Mai 2023.

Zeh, Stefan/Christalle, Eva/Hahlweg, Pola/Härter, Martin/Scholl, Isabelle: »Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study«, in: BMJ Open 9(12) (2019), e031741.

Zeh, Stefan/Christalle, Eva/Hahlweg, Pola/Scholl, Isabelle: Patientenverständliche Beschreibung von Patientenorientierung (unpersönliche Ansprache), Version 15.11.2018, abzurufen unter: https://www.uke.de/dateien/einrichtungen/forschungsschwerpunkte/chcr/pdf/patientenverst%C3%A4ndliche-version_unpers%C3%B6nliche-rede.pdf, abgerufen am 03. Mai 2023.

Zill, Jördis M./Scholl, Isabelle/Härter, Martin/Dirmaier, Jörg: »Which dimensions of patient-centeredness matter? Results of a web-based expert Delphi survey«, in: PLOS One 10(11) (2015), e0141978.

Zill, Jördis M./Zeh, Stefan/Scholl, Isabelle: »Patientenzentrierte Versorgung«, in: Benno Brinkhaus/Tobias Esch (Hg.), Integrative Medizin und Gesundheit, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2021, S. 47–60.

Zota, Dina/Diamantis, Dimitrios V./Katsas, Konstantinos et al.: »Essential skills for health communication, barriers, facilitators and the need for training: Perceptions of healthcare professionals from seven European countries«, in: Healthcare 11(14) (2023), 2058.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.14361/9783839467923-025 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY