



FREIWILLIGER VERZICHT AUF NAHRUNG UND FLÜSSIGKEIT

Eine ganz eigene Handlungsweise

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert.

Jürgen Bickhardt, Roland Martin Hanke

Die Einstellung künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei nicht einwilligungsfähigen Patienten hat im Diskurs über die „Reichweite“ von Patientenverfügungen im Vorfeld der Gesetzgebung 2009 (1) eine ebenso zentrale Rolle gespielt wie in den einschlägigen rechtsbildenden Urteilen und Beschlüssen des Bundesgerichtshofs 1994, 2003, 2005 und 2010 (2–5). Im Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (6) wurde festgelegt, dass der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung maßgeblich ist. Das gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.

Im Gegensatz zu dieser rechtlichen Klarstellung wird in der „Christlichen Patientenvorsorge“ (7) festgestellt, dass die Bereithaltung von Nahrung und Flüssigkeit ethisch geboten ist, wenn sie medizinisch indiziert und wirksam ist, um das Leben zu erhalten. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssig-

keit ist nichts Neues: „Ehe die Medizintechnologie aufkam, verstarben die Leute recht oft, indem sie gänzlich mit Essen und Trinken aufhörten“ (8). Das gilt auch heute: „Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist eine im Alter nicht selten anzutreffende Form, aus dem Leben zu scheiden“ (9). Obwohl das Thema praxisrelevant ist, wird es in Deutschland nur marginal diskutiert. Erst in jüngster Zeit gibt es erste Empfehlungen seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (10).

Professionelle Mundpflege

Der Mensch ist zutiefst von jeder Form einer Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei nahen Angehörigen berührt. Das gilt auch für das Miterleben von deren Lebensende, obwohl die Zufuhr von Energie dann nicht mehr nutzbringend ist, und Appetit und Hungergefühl schwinden. Das Durstgefühl bleibt in der Regel länger erhalten. Da das Durstgefühl in erster Li-

nie über eine trockene Mundschleimhaut vermittelt wird, kann es durch gute professionelle Mundpflege stark gemindert oder sogar verhindert werden. In seltenen Fällen hören schwer kranke Menschen bei noch vorhandenem Appetit mit Essen und Trinken auf, weil sie ihr Leiden und Leben als perspektivlos empfinden. Primär ist dann zu klären, ob behandelbare Ursachen zur Essensverweigerung geführt haben. Erst nach Ausschluss derartiger Gründe und bei selbstbestimmter Einsichtsfähigkeit des Betroffenen ist die Respektierung dessen Willens geboten. Eine Nichtbeachtung oder Zuwiderhandlung käme einer vorsätzlichen strafbaren Körperverletzung gleich.

Dem Betroffenen steht stets auch die Möglichkeit einer selbst ausgeführten oder assistierten Selbsttötung offen. Der Suizid ist wie die Beihilfe dazu in Deutschland keine Straftat und wird nicht strafrechtlich verfolgt. Folgerichtig könnte jeder in Deutschland Beihilfe zum Suizid

Chefarzt i.R., Erding:
Dr. med. Bickhardt
Palliativ-Care Team
Fürth gGmbH, Dr. med.
Hanke

Foto: dpa

leisten. In der Praxis aber kann man sich der strafbaren unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen, sofern man nach einem frei verantworteten Selbsttötungsversuch dem Betroffenen als „Garant“ für den Lebenserhalt nicht hilft. Nach der neuesten Rechtsprechung dürfen Ärzte und Angehörige beim frei verantworteten Suizid jedoch nicht mehr wegen „Totschlags durch Unterlassen“ bestraft werden (11). Allerdings verbietet die (Muster-)Berufsordnung (MBO) Ärzten (12) die Beihilfe zum Suizid. Doch einige Landesärztekammern (13) haben diese MBO-Veränderung nicht in ihre Berufsordnungen übernommen.

Palliative Begleitung

Die palliative Versorgung Schwerstkranker und Sterbender bietet eine Alternative zum Suizid in symptombelasteten Lebensphasen und bei unheilbaren Krankheiten. Jedoch steht eine allgemeine (AAPV) wie auch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) noch lange nicht flächendeckend zur Verfügung. 75 Prozent der Sterbenden bedürfen einer AAPV, zwölf Prozent einer SAPV, doch die wenigstens erhalten sie (14, 15).

Der Patientenwunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, ist ein Tabu in der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine aktuelle Studie mit ALS-Patienten (16) zeigt, dass 42 Prozent der Befragten darüber nachgedacht hätten, sich das Leben zu nehmen, ohne über diesen Wunsch mit dem Arzt gesprochen zu haben. So wird auch immer wieder von Patienten berichtet, die sich nach der Entlassung aus einer Palliativstation trotz guter Symptomkontrolle selbst getötet haben (17).

Daraus ergeben sich zwei wichtige Forderungen an die Medizin und Gesellschaft: Zum einen muss die „Zweiklassenmedizin des Sterbens“ (18) überwunden und eine wirklich flächendeckende palliative Versorgung Schwerstkranker umgesetzt werden. Zum anderen benötigt die Gesellschaft eine „Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin“ und eine qualifizierte Gesprächs- und Vertrauenskultur (19) mit professionellen Begleitern als

Basis für eine vertrauensvolle Kommunikation über die geheimsten Wünsche Schwerstkranker und Sterbender. Für die wenigen, die trotz guter palliativer Begleitung in offener Gesprächsatmosphäre nicht mehr weiterwissen, kann der gut begleitete freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) eine Alternative zur frei verantworteten Selbsttötung, besonders aber zum organisierten begleiteten Suizid sein.

● **Der somatische Verlauf von FVNF und Regeln bei seiner palliativen Begleitung (20)** – Das Hungergefühl ist an den Appetit gebunden, der beim Fasten, aber auch bei PEG-Ernährung meist innerhalb von drei Tagen verschwindet. Heilfastende berichten regelmäßig von euphorischen Gefühlen. Ursache dafür ist die Bildung von Ketonen im Hungerstoffwechsel, die das Opioid-System im Gehirn aktivieren (21). Das im Mundraum entstehende Durstgefühl ist im Gegensatz dazu oft sehr lange erhalten und lässt sich durch eine gute Mundpflege beherrschen. Der FVNF ist demnach bei Sterbenden in der Regel nicht leidvoll. Aber auch bei erhaltenem Hunger- und Durstgefühl muss FVNF nicht qualvoll sein. Seine sanfteste Form ist die primäre Einstellung der Nahrungszufuhr bei Fortsetzung der Flüssigkeitszufuhr ohne Hungergefühl auslösende kohlenhydrathaltige Getränke. Wenn nach vier bis sieben Tagen auch das Trinken eingestellt wird, kommt es nach Ablauf einer weiteren Woche zum tödlichen Nierenversagen, mitunter begleitet von Eintrübung und Bewusstseinsverlust.

Zu gewährleisten sind eine qualifizierte und häufige Mundpflege nach den Regeln von Palliative Care und eine bedarfsgerechte palliative Medikation bei leidvollen Begleitsymptomen. Auf jeden Fall sollten ein Glas Wasser oder auch ein kleiner Leckerbissen in Reichweite stehen, um dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, seinen Entschluss zu revidieren. Je nach Krankheitssituation und individueller Gestaltung von FVNF kann der Prozess unterschiedlich lang dauern. Das kann Betroffene, vor allem

aber deren Bezugssystem belasten oder von diesem Weg abhalten. Pflegekräfte beurteilen den Sterbeverlauf dieser Patienten rückblickend auf einer Skala von null bis neun (schrecklich bis friedlich) mit acht (22).

● **Soziale, psychische und spirituelle Aspekte** – Sterben ist immer auch ein soziales Geschehen. Folglich ist es wichtig, vor geplantem FVNF im Vorfeld Kontakt zu den wichtigsten Bezugspersonen des Betroffenen aufzunehmen und über das Ansinnen zu sprechen. Wichtig ist auch das Gespräch mit dem Hausarzt. Der Arzt kann den Patienten und seine Angehörigen darüber informieren, wie FVNF in welchen Varianten abläuft, mit welchen Nebenwirkungen zu rechnen ist und dass in den ersten sieben bis zehn Tagen immer die Möglichkeit besteht, den Entschluss rückgängig zu machen. Zudem müssen er und Angehörige Verantwortung übernehmen, sobald der Betroffene infolge der relativ spät einsetzenden Eintrübung nicht mehr entscheidungsfähig ist.

Raum für das Unverfügbare

Auch ist es wichtig, vor Beginn des FVNF den Vertrauenspersonen eine Vollmacht zu erteilen und in einer Ergänzung zur Patientenverfügung den Wunsch nach FVNF zu bekräftigen. Der begleitende Arzt hat sich vor Beginn des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit von der Freiverantwortlichkeit des Betroffenen zu überzeugen (23). Er hat behandelbare psychische Erkrankungen oder Beeinflussung durch Dritte auszuschließen und den Sterbewunsch des Patienten zu hinterfragen, sowie einfühlsam andere Hilfen anzubieten. Bei der Entscheidung zum FVNF kann nur der Zeitraum des Sterbenwollens, nicht aber die Stunde geplant werden. Dem Unverfügbaren wird dadurch Raum eingeräumt, den alle Beteiligten miteinander zu durchleben haben.

● **Die rechtliche und medizinethische Einordnung von FVNF** – Gemeinsames Ziel beim Behandlungsabbruch gemäß Patientenwillen, FVNF und Suizid ist das (vorzeitige) Zulassen des To-

des, wobei meistens die Abkürzung des Sterbevorgangs intendiert ist. Alle drei Optionen sind rechtlich zulässig. Die ärztliche Begleitung ist beim FVNF und beim Behandlungsabbruch geboten, beim frei verantworteten Suizid berufsrechtlich umstritten.

Hohe Hemmschwelle

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert: FVNF kann „sowohl unter dem Aspekt der Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen als auch unter dem Aspekt der Suizidhilfe diskutiert werden“ (24). Der Bioethiker Dieter Birnbacher schlägt vor, den FVNF als „passiven Suizid“ zu bezeichnen, seine Begleitung aber nicht als Suizidhilfe einzustufen (25). Wir meinen aber, dass es sich beim FVNF um eine eigene Handlungsweise handelt, vor-

Nach Einnahme eines tödlichen Cocktails gibt es kein Zurück mehr. Nach Beginn von FVNF ist über viele Tage ein Umdenken möglich. Eine völlige Bewusstlosigkeit tritt sehr spät, mitunter gar nicht ein. Und: FVNF kann man auch immer wieder abbrechen, hinausschieben, später neu beginnen oder ganz lassen. Da mindestens 90 Prozent aller Selbsttötungsversuche (26) Folgen behandelbarer psychischer Erkrankungen oder seelischer Ausnahmezustände sind, wird immer wieder unterstellt, dass jeder Suizid nicht frei verantwortlich sei. Beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann dies kaum behauptet werden.

Der Tod nach Suizid gilt als „unnatürlicher Tod“. So fällt zum Beispiel nach der Bayerischen Bestattungsverordnung (27) der Begriff „Selbsttötung“ unter den Oberbegriff „Herbeiführung des Todes durch sonstige Einwirkung von außen“.

Der Entschluss zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gehört zu den seltenen Ausnahmen. Er ist eine eigene Form der natürlichen Lebensbeendigung.

zeitig das Leben oder Sterben zu beenden. Er darf weder mit dem Behandlungsabbruch, noch mit dem Suizid gleichgesetzt werden. Zwischen Suizid und FVNF gibt es zahlreiche Unterschiede, die es zu bedenken gilt:

Bei der Beihilfe zum Suizid werden Dritte damit beauftragt, dem Sterbewilligen die Mittel zur Selbsttötung zu beschaffen. Damit wird ein Teil der Verantwortung an andere abgetreten. Je komfortabler dieser Weg erscheint, umso niedriger ist die Hemmschwelle zum Suizid. Bei FVNF ist die Schwelle deutlich höher. Die Begleitung beim Suizid findet oft nur im Vorfeld statt. Denn nach Einnahme des Giftes verbleiben nur noch wenige Minuten bis zum Eintritt des Todes. Bei FVNF beginnt die Begleitung ebenfalls im Vorfeld, die Angehörigen werden einbezogen, mögliche leidvolle Folgen im Verlauf von FVNF werden palliativ behandelt, und Angehörige können auch nach Eintritt des Todes in ihrer Trauer unterstützt werden.

Eine Einwirkung von außen findet aber beim FVNF nicht statt, es handelt es sich um einen „natürlichen Tod“. Außerdem sind die Übergänge zwischen fehlendem und noch vorhandenem Hunger- und Durstgefühl fließend. Die Alternative nach begonnem Suizidversuch ist Lebensrettung. Bei etwa 90 bis 95 Prozent aller Suizide ist das die unumstrittene Praxis im klinischen Alltag. Bei FVNF wäre die Alternative eine Zwangsernährung, was einer strafbaren Körperverletzung gleichkäme.

Kraft und Mut

Viele, die sich für einen begleiteten Suizid entscheiden, möchten bis zuletzt „Herr“ über ihr Leben, auch über den Zeitpunkt ihres Sterbens sein. Sie möchten Kontrolle bis zuletzt haben. Bei FVNF entscheiden Betroffene zwar über den Beginn ihrer letzten Reise; sie haben dann aber keine Kontrolle mehr über das Wie und Wie lange. Sie überlassen sich dann ihrem Sterben. Sterben wird durchlebt.

Vor der Tatsache, dass sich Menschen in subjektiv aussichtslosen Situationen trotz kompetenter Beratung und Betreuung zum vorzeitigen Beenden ihres Lebens entschließen, kann man nicht die Augen verschließen. Ärztliches Ziel muss es sein, ihnen Suizidversuche oder eine Reise in die Schweiz zu ersparen und stattdessen Alternativen anzubieten. Zunächst ist Prävention angesagt. Als Ultima Ratio kann für Betroffene der FVNF eine Alternative zum Suizid sein. Das erfordert Gespräche aller Betroffenen im Vorfeld. Die Begleitung selbst ist in erster Linie eine psycho-sozial-pflegerische. Nur selten ist zusätzlich eine ärztlich-palliative Betreuung angezeigt. Von den Betroffenen und ihren Angehörigen erfordert dieser Weg durchaus Kraft und Mut, wobei die Möglichkeit zum Umdenken über lange Strecken gegeben ist.

Der Entschluss zu FVNF gehört zu den seltenen Ausnahmen. FVNF ist eine ganz eigene, aber uralte Form der „natürlichen“ Lebensbeendigung. Menschen auf diesem Weg nicht ärztlich zu begleiten, hieße unethisch handeln. Der frühere Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, hat dazu auf Befragung gesagt „Ja, auf diese Weise ist auch meine Schwiegermutter gestorben. Sie war 84, sie hatte eine partielle Demenz und einen Tumor. Sie fühlte sich nicht mehr kommunikationsfähig. Aber sie hatte keine Depression und immer noch einen klaren, festen Willen. Sie hat niemanden gebeten, ihr mit einem Medikament zu helfen, sondern hat sich entschieden, durch Verhungern aus dem Leben zu scheiden. Ihr Hausarzt hat sie begleitet, er fühlte sich völlig im Recht. Ich habe ihn dabei unterstützt.“ (28).

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2014; 111(14): A 590–2

Anschrift für die Verfasser
Dr. med. Jürgen Bickhardt,
Internist, Kardiologe, Chefarzt i. R.
Uhlandstraße 19
85435 Erding
juergen-bickhardt@t-online.de

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1414

LITERATURVERZEICHNIS, HEFT 14/2014, ZU:

FREIWILLIGER VERZICHT AUF NAHRUNG UND FLÜSSIGKEIT

Eine ganz eigene Handlungsweise

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert.

Jürgen Bickhardt, Roland Martin Hanke

LITERATUR

1. Stellvertretend seien genannt die vom Bundesministerium der Justiz eingesetzte interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ (2004) und der Zwischenbericht „Patientenverfügungen“ der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Ethik und Recht der modernen Medizin“ 2004.
2. BGH-Urteil vom 13.09.1994 – 1 StR 357/94.
3. BGH-Beschluss vom 13.03.2003 – XII ZB 2/03.
4. BGH-Beschluss vom 08.06.2005 – XII ZR 177/03.
5. BGH-Urteil vom 25.06.2010 – 2StR 454/09.
6. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 18.06.2009, Bundestagsdrucksache 593/3/9
7. Christliche Patientenvorsorge vom 15.01.2011: 26.
8. Stanley A. Terman, Interview mit Les Morgan am 15.02.2008.
9. Ralf Jox, Markmann in „Ethik in der Medizin“, Band 23; Heft 2, Juni 201, S. 137
Gian D. Borasio, „Über das Sterben“, S. 111, C. H. Beck 2011
10. Reflexionen der DGP, DÄ Januar 2014
11. Landgericht Deggendorf, AZ 1Ks 4 Js 7438/11 vom 13.09.13, Staatsanwaltschaft München I, AZ 125 Js 11736/09 vom 30.07.10.
12. 114. Deutscher Ärztetag in Kiel, Beschluss vom 01.06.2011.
13. Beispiel: Berufsordnung der Landesärztekammer von Bayern, Berlin und Westfalen-Lippe.
14. Claudia Levin, Elisabeth Albrecht, Bayerisches Ärzteblatt 1–2 /2014.
15. Ralf Jox, „Sterben lassen“, S. 217, edition Körper-Stiftung, 2011
16. Ralf Jox in „Amyotrophic Lateralsklerosis and Frontotemporal Degenerating, 2013.
17. Gian D. Borasio s. o., 167
18. Jürgen Bickhardt in Everding/Westrich „Würdig leben bis zum letzten Augenblick“, S.114, C. H. Beck, 2001.
19. Michael de Ridder M: „Wie wollen wir sterben“, Deutsche Verlags-Anstalt, 2010.
20. Weitere Einzelheiten in Chabot/Walther „Ausweg am Lebensende“, 3. Auflage: S. 4 ff,
21. Stanley A. Terman, s. o.
22. Gian D. Borasio, s. o., S. 11
23. „Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe“ der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie Ethik in der Medizin, Ethik in der Medizin, Band 25, Heft 4, S. 359, 2013
24. siehe (23), S. 352
25. Birnbacher D, persönliche Mitteilung
26. Ralf Jox, „Sterben lassen“, S. 169, edition Körper-Stiftung, 2011
27. BestV §3, Abs. 3
28. Jörg-Dietrich Hoppe, Spiegel-online 22.06.2010