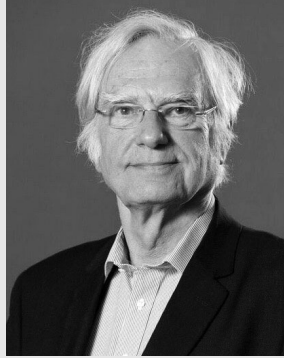




Christian Walther²



Dieter Birnbacher³

Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Begriffliche Vielfalt darf nicht zu Verwirrung führen¹

Nicht zuletzt in Alters- und Pflegeheimen kommt es immer wieder vor, dass Menschen aufhören zu essen und zu trinken. Teilweise liegt dies an Problemen wie Schluckstörungen oder Magen-Darm-Beschwerden, die durch Untersuchungen aufgedeckt und dann oft behoben werden können. Doch immer wieder stehen Pflegende vor der Situation, dass jemand, der nun nicht mehr essen und trinken will, offensichtlich sterben möchte. Das kann der Betreffende eher intuitiv entschieden haben, und solche Situationen gab es schon immer. Relativ neu ist hingegen, dass Menschen ziemlich genau darüber im Bilde sind, dass sie ihr Leben vorzeitig durch Beenden der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit irgendwann beenden können. Auch wenn dies in unserer Gesellschaft teilweise noch als Tabu-Thema behandelt wird, ist zu erwarten, dass sich künftig immer mehr Menschen für diese Möglichkeit des vorzeitigen Sterbens entscheiden,⁴ nachdem sie sich darüber aus Büchern⁵ oder über das Internet (z.B. www.sterbefasten.org) informiert haben.

Dies kann für Pflegende und die Heimleitungen ein erhebliches Problem darstellen, vor allem wenn man diese Absicht als suizidal bewertet und eine Beihilfe zum vorzeitigen Sterben mit seinem Berufsethos schwer oder gar nicht vereinen kann. Erste Erhebungen hierzu⁶ und daraus resultierende Empfehlungen⁷ stehen bereits zur Verfügung. Sicherlich wird man in solchen Situationen immer erst nach den Ursachen des Sterbewunsches suchen, Auswege für ein Weiterleben, so möglich, aufzeigen und erst dann, wenn dies den Entschluss der Person nicht ändert, über eine Unterstützung beim beabsichtigten Sterben entscheiden. Nach differenzierten ethischen Betrachtungen kommt z.B. *Bockenheimer-Lucius*⁸ zum Schluss, dass Pflegende jemanden, der auf diese Weise sein Leben beenden möchte, in jedem Falle pflegerisch unterstützen *müssen*

und eventuelle weltanschauliche Probleme hintanzustellen haben.

Im nachfolgenden Beitrag geht es jedoch nicht um eine konkrete Empfehlung, wie in dieser Situation zu entscheiden ist. Es geht vielmehr um Überlegungen zum Umgang mit den diversen Bezeichnungen, Abkürzungen und Zuordnungen, die zu dieser Thematik im Umlauf sind und zu Verwirrung führen können – vor allem, wenn man erstmalig mit dem Thema konfrontiert wird. Ein Anlass, sich um solche Klärungen zu bemühen, ist die neu von *R. Jox*⁹ eingeführte Abkürzung »FVET« für: »Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken« – ein Ausdruck, der bereits seit der ersten Auflage von *Chabot/Walther* als Untertitel verwendet worden ist. Voraussichtlich werden demnächst

- 1 Manuskript eingegangen am 04.03.2019. Wir danken Herrn *Michael Murrauer* und Herrn *André Fringer* für ihre Anmerkungen zu einem Vorentwurf dieses Aufsatzes.
- 2 *Dr. rer. nat. Christian Walther* ist Biophysiker i.R., Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V.
- 3 *Prof. Dr. Dr. h.c. Birnbacher* ist Philosoph und Medizinethiker. Er ist u.a. Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS).
- 4 *Teigeler, B.*, Das Thema kommt auf uns zu, Interview mit Christian Walther, *Die Schwester/Der Pfleger*, 8/2018, 44–47.
- 5 *Chabot, B./Walther, C.*, Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken, 5. Aufl. 2017, Ernst Reinhardt, München; zur *Nieden, C.*, Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine Fallbeschreibung, 2. Aufl. 2017, Mabuse, Frankfurt/M.
- 6 Z.B. *Rogner, M./Stängle, S./Loser, G./Fringer, A.*, Den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit im Pflegeheim begleiten, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 16–20.
- 7 *Saladin, N./Fringer, A.*, Zwischen Suizid und natürlichem Tod, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 10–15; *Stängle, S./Schnepp, W./Fringer, A.*, Erste Entwicklungsschritte hin zu einem professionellen Umgang mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 30–34.
- 8 *Bockenheimer-Lucius, G.*, Den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begleiten? Eine mögliche Anfrage an das Altenpflegeheim, in: *Timo Sauer, Valentin Schnurrer, Gisela Bockenheimer-Lucius* (Hrsgg.), 2018, *Angewandte Ethik im Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis*, S. 149–163.
- 9 *Jox, R.*, Ethische Herausforderungen in der End-of-Life Care, in: *Manuel Trachsel* (Hrsg.), *End-of-Life Care*, S. 53 ff., Hogrefe, Bern (2018).

medizinische Kreise in Deutschland »FVET« propagieren, obwohl seit zehn Jahren (ab 2010) in Deutschland, der Schweiz und Österreich hauptsächlich »FVNF« für »Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit« oder, umgangssprachlich, »Sterbefasten« etabliert sind. Damit stellt sich erstens die Frage, ob der neue Pluralismus der Begriffe in den Dienst einer differenzierteren Betrachtung der Phänomene gestellt werden kann, und ob etwas dagegen spricht, sich auch künftig der früheren Begriffe zu bedienen.

Eine Vielfalt von Handlungsweisen

Betrachtet man die Möglichkeiten, durch einen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das Leben zu beenden, so zeigt sich, dass es hier diverse Situationen und Verhaltensmöglichkeiten sowie Berührungen mit anderen Konstellationen gibt. Dies betrifft vor allem den sog. Behandlungsabbruch, bei dem es in manchen Fällen um das Beenden der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit geht. Eine gute begriffliche Differenzierung ist mithin wünschenswert. Historisch am Anfang steht die englische Bezeichnung *Voluntary Refusal of Food and Fluid (VRFF)*¹⁰. Die wohl erste deutsche Erwähnung des Themas¹¹ greift auf diese englische Bezeichnung zurück und spricht von »Freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit« (abgekürzt FVNF). Hier wird also betont, dass eine Person eine freiverantwortliche Entscheidung getroffen hat, aber man muss sich die Intention, den Tod herbeizuführen, hinzudenken. Zudem ist klar, dass die Person aktuell noch so viel zu sich nehmen kann, dass sie auf absehbare Zeit nicht an Unterversorgung sterben wird.

FVNF bzw. VRFF lassen genau besehen offen, ob die sterbewillige Person noch *selbstständig* essen und trinken kann oder nicht (s.u.). Bislang wurde meist Ersteres impliziert, aber es spricht nichts dagegen, dass auch die Situation inbegriffen ist, dass jemand von Hand *oral* versorgt werden muss. Zu beachten ist allerdings, dass Menschen manchmal Essen und Trinken einstellen, ohne dass dies auf einer bewussten Entscheidung beruht. Nicht selten handelt es sich um mehr oder minder unreflektierte Regungen, die verschiedene Ursachen haben können und ggf. abzuklären sind. Es kann sich dabei aber – auch im Falle von demenzkranken Menschen (auf die in diesem Beitrag nicht weiter eingegangen werden kann) – um ein auf Leidens- oder Lebensmüdigkeit beruhendes Bedürfnis zu sterben handeln. Dieser Wunsch, auch wenn er nicht klar reflektiert ist, muss grundsätzlich akzeptiert werden, d.h. ihm muss nach einer abklärenden Untersuchung ggf. auch entsprochen werden, es sei denn, es gibt deut-

liche Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung der betreffenden Person.

Fehn und *Fringer*¹² haben für mehrere unterschiedliche Situationen eine erste begriffliche Differenzierung vorgenommen. Sofern noch halbwegs klar reflektierte Entscheidungen getroffen werden können und auf dieser Grundlage die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit freiverantwortlich eingestellt wird, handelt es sich um den FVNF im herkömmlichen Sinne (»expliziter FVNF«). Entscheiden sich Menschen eher aus einem Gefühl heraus gegen weitere Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, so kann man von einem »impliziten (F)VNF« sprechen (das »F« steht daher in Klammern). In beiden Fällen trifft zu: »*Man isst und trinkt nicht mehr, um zu sterben.*«

Auf der anderen Seite steht die *Situation Sterbender*, die in der »Terminalphase« mangels Appetit (fast) keine Nahrung und oft auch keine Flüssigkeit mehr zu sich nehmen möchten. Hier besteht für den Arzt in der Regel keine Indikation, noch eine künstliche Versorgung zu veranlassen (obwohl Angehörige nicht selten darauf drängen). In diesen Fällen ist der Verzicht als natürlich zu bewerten, und es gilt: »*Man isst und trinkt nicht mehr, weil man stirbt.*« Zwischen dieser und der zuvor beschriebenen Situation ((F)VNF) gibt es fließende Übergänge, insbesondere bei Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium einer Krebserkrankung. Signalisiert solch ein Patient, dass er nun sterben möchte, so könnte ihm ggf. eröffnet werden, dass er sich durch FVNF diesen Wunsch ohne erhebliche Durstprobleme erfüllen kann und sich sein Sterben voraussichtlich nicht lange hinziehen wird.

Im Folgenden geht es nur noch um Situationen, in denen klar reflektierte Entscheidungen vorliegen. Spricht man nur von Patienten, die noch selbstständig essen und trinken können und damit aufhören, um zu sterben, so kann man dies, präziser als durch »FVNF«, als »Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken« (FVET; s.o.) bezeichnen. FVET ist die genaue Übersetzung des englischen Ausdrucks *VSED – Voluntarily Stopping Eating and Drinking*.¹³ Wie bei VRFF bzw. FVNF ist die Intention des Sterbens hinzuzudenken.

10 Z.B. *Quill, T.E./Lo, B./Brock, D.W.*, Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia, *JAMA* 278, S. 2099–2104 (1997).

11 *Admiraal, P./Chabot, B./Odgen, R.D./von Leinen, A./Pennings, E.*, Wege zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben, 2. Aufl. 2008, S. 24–50, Stiftung WOZZ, Amsterdam.

12 *Fehn, S./Fringer, A.*, Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten, *Schweizerische Ärztezeitung* 98, 1161–1163 (2017).

13 Im Englischen wird mit etwa gleicher Häufigkeit »Voluntary« statt »Voluntarily« angewendet, was ggf. bei elektronischen Recherchen zu beachten ist.

Diese Begrifflichkeit hat sich in der angelsächsischen Literatur in den letzten ca. fünf Jahren gegenüber VREF durchgesetzt,¹⁴ ohne dass damit ein Bedeutungs- oder Paradigmenwechsel einherging. Der Grund dafür ist wohl einfach, dass man im Englischen die Abkürzung »VSED« wie ein Wort bequem aussprechen kann (»wee-sed«), anders als »VREF«.

Diese kommt hingegen im weit verbreiteten Ausdruck »Sterbefasten« klar zum Ausdruck. Allerdings wird hier nicht artikuliert, dass auch auf Trinken verzichtet wird. Dass dies aber impliziert ist, dürfte inzwischen hinlänglich bekannt sein. Somit spricht nichts gegen die Verwendung dieses bequemen Ausdrucks, es sei denn, man verbindet mit Fasten gewisse gesundheitliche oder auch religiöse Vorstellungen, die zu Sterben nicht zu passen scheinen.¹⁵ Genau betrachtet steckt in »FVET« der Hinweis, dass Essen und Trinken auch wichtige soziale und psychische Dimensionen beinhalten, sodass das Beenden dieses verbindenden Aspekts für Angehörige durchaus schwierig sein kann. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, wieso der Begriff suggerieren soll, dass ein Sterben auf diese Weise ein leichtes Unterfangen sei.¹⁶ Vielmehr darf man wohl davon ausgehen, dass »Sterbefasten« – vielleicht auch weil das Wort positiv klingt – manche Bürger erst einmal neugierig macht und diese sich ggf. über das Thema informieren. Dann erfahren sie mit Sicherheit, dass Sterbefasten oft ein mühsamer Weg ist. Manche nehmen diesen nur auf sich, weil man ihnen wegen der Rechtslage in Deutschland (oder Österreich) die Möglichkeit eines ärztlich unterstützten Medikamenten-Suizids nicht zugesteht.¹⁷ So gesehen kann man diesen Ausweg durchaus als »Alternative zum Suizid« bezeichnen.¹⁸

Wie sind Situationen zu bewerten, in denen jemand *nicht mehr* ohne Hilfe essen kann, also entweder durch Zureichen über den Mund »gefüttert« werden muss oder, wenn er oral nicht mehr lebenserhaltend versorgt werden kann, auf eine Magensonde bzw. auf Infusionen (enterale bzw. parenterale Versorgung) angewiesen ist? Auch wenn dies bislang kaum bedacht wurde, kann bei solchen Patienten der Begriff FVNF ebenfalls angewendet werden, sofern sie aufgrund *freiverantwortlicher* Entscheidung ihren Tod durch Beenden der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig herbeiführen wollen. Ein Beispiel hierfür ist der Fall des Engländers Tony Nicklinson, der seinerzeit durch die Presse ging. Er wollte als Locked-in-Patient irgendwann nicht mehr weiterleben und war hierfür auf das Beenden der Sondenversorgung angewiesen, weil ihm das Gericht nicht zugestand, durch Einnahme eines Medikaments sein Leben vorzeitig zu beenden (siehe

z.B. Fallbeispiel Nr. 5 auf der Webseite www.sterbefasten.org).

Ein anderer Fall, in dem die Lebenserwartung des Patienten nur noch gering war, wurde von *Krüschemper* et al. beschrieben.¹⁹ Sie schlugen hierfür »Verzicht [auf die Versorgung mit] Nahrung und Flüssigkeit«, abgekürzt »VNF« vor. Man ordnet diese Situationen grundsätzlich dem *Behandlungsabbruch* zu, also dem legal möglichen Beenden von medizinischen Behandlungen, ohne die ein Patient nicht mehr leben könnte (z.B. Dialyse, künstliche Beatmung). Bei einer künstlichen Ernährung ist es in der Praxis aber nicht so, dass all diese Patienten gar nichts oral zu sich nehmen *können*. Der Erstautor hat selber im Falle einer geistig eingeschränkten, über 90 Jahre alten Dame erlebt, dass sie sowohl durch die Sonde als auch den Mund (von Hand der Pflegekräfte) versorgt wurde. Letzteres wäre allerdings nicht mehr in lebenserhaltendem Umfang möglich gewesen.

Ein Vorschlag, die Handlungsweisen zu ordnen

Unseres Erachtens liegt damit die folgende begriffliche Ordnung nahe: (F)VNF bezieht sich auf Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken, wenn dies auf einer unreflektierten Entscheidung beruht. FVNF dient als Oberbegriff für die Fälle mit klar reflektierter Entscheidung, die (was anzuraten ist) auch in einer schriftlichen Verfügung niedergelegt werden kann. Der Begriff lässt offen, ob jemand (der vorzeitig sterben will) noch essen und trinken kann oder nicht. FVET dient hingegen als ein Unterbegriff (zu FVNF) für diejenigen Fälle, in denen Sterbewillige Nahrung und Flüssigkeit noch in lebenserhaltendem Ausmaß *oral* aufnehmen können – egal, ob selbstständig oder mithilfe anderer. VNF dient als zweiter Unterbegriff zu FVNF und bezieht sich darauf, dass bei einem

14 Z.B. *Quill, T.E./MD, Ganzini, L./Truog, R.D./Pope, T.M.*, Voluntarily Stopping Eating and Drinking Among Patients With Serious Advanced Illness – Clinical, Ethical, and Legal Aspects, *JAMA Intern Med.* 178, S. 123–127 (2017); *Pope, T.M./West, A.*, Legal briefing: voluntarily stopping eating and drinking, *J. Clin. Ethics* 25, S. 68–80 (2014); *Menzel, P.T.*, Merits, Demands, and Challenges of VSED. *Narrative Inquiries in Bioethics* 6, S. 121–126 (2016).

15 Z.B. *Kittelberger, F.*, Der Skandal liegt in der Verharmlosung durch die Verwendung des Begriffs »Fasten«, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 21–24.

16 Z.B. *Prat, E.H.*, Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF): eine ethische Diskussion, *Imago Hominis* 25, S. 123–136 (2018).

17 *Luckwald, F.*, Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten, Ernst Reinhardt, München (2018).

18 Z.B. *Müller-Busch, H.C.*, Freiwilliger Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht am Lebensende. Überlegungen zum Sterbefasten, in: Bormann F.J. (Hrsg.), *Lebensbeendende Handlungen: Ethik, Medizin und Recht zur Grenze von »Töten« und »Sterbenlassen«*, De Gruyter, Berlin, S. 531–542 (2017).

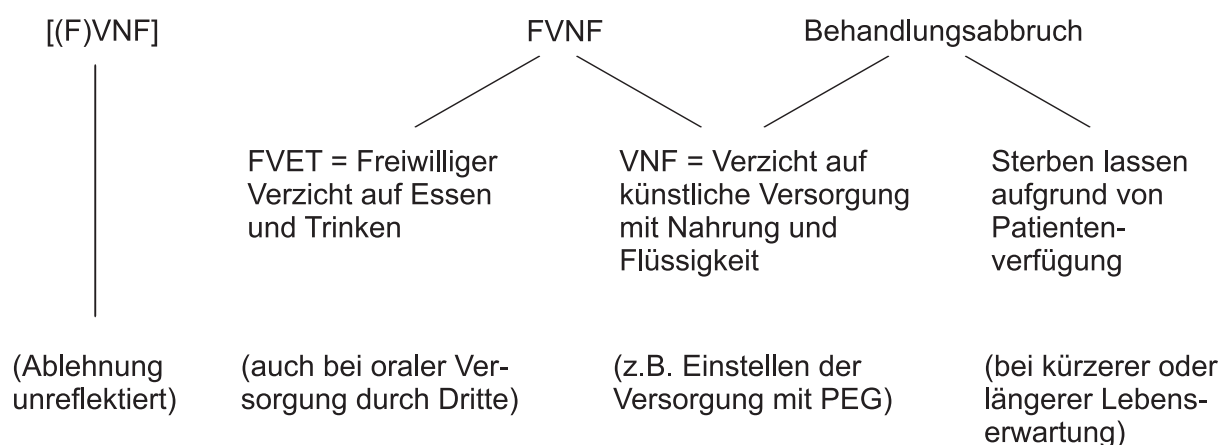
19 *Krüschemper, W./Hofmeister, U./Stähli, A.*, (Freiwilliger) Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Überlegungen und mögliche Angebote aus der Praxis, *Zeitschrift f. Palliativmedizin* 17, 284–287 (2016).

noch entscheidungsfähigen Patienten die Versorgung über Sonde (oder Infusion) auf dessen Wunsch eingestellt wird. Es ist sinnvoll, hier auch die Möglichkeit einzubeziehen, dass jemand von vorneherein darauf verzichtet, mit einer Sondenernährung überhaupt erst zu beginnen.²⁰ Sofern jemand nicht mehr aktuell seinen Willen verbal äußern oder durch sein Verhalten signalisieren kann, sondern seine Patientenverfügung

(PV) oder sein mutmaßlicher *früherer Wille* zur Geltung gelangen soll, ist das Beenden der künstlichen Versorgung als Behandlungsabbruch zu bewerten (s.o.). Man *lässt* dann jemand sterben.

Für die erörterten unterschiedlichen Situationen ergibt sich somit folgendes Schema:

Beabsichtigtes Sterben(lassen) durch Beenden der Aufnahme (oder der Gabe) von Nahrung und Flüssigkeit



Was die Unterstützung des Sterbewilligen angeht, so kann man für sämtliche der hier berücksichtigten Situationen konstatieren, dass es sich sowohl um *Hilfe beim Sterben* als auch um *Hilfe zum Sterben* handelt.

Beim Ablehnen einer oralen Versorgung durch Dritte (auf die man angewiesen ist) wird eine pflegerische Maßnahme der Basisversorgung abgelehnt. Beim VNF geht es, wenn die betreffenden Voraussetzungen vorliegen, um das Beenden einer medizinischen Behandlung gemäß Urteil des Bundesgerichtshofs²¹. Wie man sieht, darf man also den VNF sowohl dem FVNF als auch dem Behandlungsabbruch zuordnen. Diese Betrachtungsweise ist vermutlich für manche ungewohnt. Doch nur durch die Einbeziehung des VNF kann man, so man das denn will, der vollen Bandbreite der Situationen Rechnung tragen, in denen Menschen nicht mehr weiterleben wollen und dies durch Stopp von Nahrungs- und Flüssigkeits-Aufnahme oder -Versorgung realisieren (lassen) können.

Aus der Sicht von Menschen, die durch das Beenden der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig

zu sterben wünschen, ist es letztlich wohl nicht sehr bedeutsam, ob auf sie FVET oder VNF zutrifft, so lange es erst einmal darum geht, ob man ihrem Wunsch überhaupt entsprechen wird oder nicht. Rechtlich gesehen *muss* diesem entsprochen werden; andernfalls gilt ggf. das Strafdelikt einer Körperverletzung (§ 223 StGB). Bei nicht mehr einwilligungsfähigen Menschen, die einen entsprechenden Wunsch zwecks vorzeitigen Sterbens in ihrer PV niedergelegt haben, gilt hingegen § 1901a BGB – mit allen bereits des Öfteren diskutierten Fragen zur Verbindlichkeit von PVs. Somit ergeben sich aus dem Ordnungsschema keine Unklarheiten oder gar Änderungen am etablierten rechtlichen Umgang mit diesen Dingen.

Die Suizidfrage – eine unendliche Geschichte

Immer wieder stellt sich die Frage, ob FVNF als Suizid zu bewerten ist. Da sich hierbei bislang keine Einigkeit abzeichnet und darüber anderweitig schon viel publiziert wurde, sollen hier nur wenige Aspekte betrachtet

²⁰ Vgl. hierzu auch Chabot/Walther, 2017, S. 90 ff. (Fn. 5).

²¹ BGH, Urt. v. 25.06.2010 – 2 StR 454/09, Behandlungsabbruch.

werden. 2014 wurde dem Thema erstmals eine ausführliche Betrachtung gewidmet²² und gefolgert, dass FVNF eine ganz eigene Handlungsweise sei, wohingegen eine medizinethische Untersuchung²³ zum Schluss kam, dass es sich um einen »passiven Suizid« handle. Die »ganz eigene Handlungsweise« besagt, dass es sich weder um einen natürlichen Tod noch um einen Suizid handelt und dass man hier keinesfalls von Suizid sprechen sollte. 2018 wurde die Zuordnung des FVNF zu Suizid z.B. in der Zeitschrift für Palliativmedizin ausführlichst diskutiert.²⁴ Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften geht in ihren neuen Medizin-ethischen Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod²⁵ erstmals auch auf den FVNF ein und subsumiert diesen (neben Suizidhilfe und anderem) unter »Kontrovers diskutierte Handlungen«. Sie geht aber auf die Frage, ob FVNF Suizid sei, gar nicht ein. Eine Stellungnahme aus Österreich²⁶ kommt zum Schluss, der FVNF sei kein Suizid, während er von zwei schweizerischen Autoren im Kontext eines kritisch betrachteten Falles diskussionslos als Suizid bewertet wird.²⁷

Die Argumentationen zu dieser Frage sind nicht abgelöst von den unterschiedlichen Rechtsnormen zur Suizidhilfe in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu verstehen. Schon wegen des derzeit in Deutschland geltenden Verbots geschäftsmäßiger Beihilfe zum Suizid (§ 217 StGB) bzw. des umfassenden Verbots von Suizidhilfe in Österreich machen sich manche Sorgen, ob denn die Hilfe beim FVNF nicht möglicherweise Suizidhilfe darstellt. Zudem könnten diejenigen, die diese Verbote befürworten, ein Interesse haben, den FVNF aus dem Bereich Suizid herauszuhalten. Wenn man FVNF als eine diskutabile Option bewertet (was in palliativmedizinischen Kreisen zunehmend der Fall ist), ist nicht so leicht zu begründen, wieso man die Unterstützung »herkömmlicher«, wohlüberlegter Suizide für indiskutabel hält.

Lebenserwartung und Lebensdauer: Relevante Kriterien bei der Bewertung des FVNF?

Teilweise wird – auch in der angelsächsischen Literatur – der FVNF als ein »Beschleunigen des Sterbens« (»hastening death«) bewertet.²⁸ Das impliziert, dass die Person, die ihr Leben beenden will, aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung ohnehin »bald« sterben würde.²⁹ Es kann jedoch keinen Konsens darüber geben, was »bald« bzw. das Gegenteil davon ist. Es ist hingegen möglich, dazu durch eine Rechtsnorm eine Festlegung zu treffen. In Oregon sowie etlichen weiteren US-Staaten ist Suizidhilfe den Ärzten legal möglich, sofern die mutmaßliche Lebenserwartung des

Sterbewilligen maximal sechs Monate beträgt (worüber fallweise natürlich gestritten werden kann). Dagegen wird in einer neueren Stellungnahme in Bezug auf die rechtliche Situation beim FVNF in Österreich³⁰ das Kriterium der Lebenserwartung faktisch verworfen, wenn es heißt: »Die Unterstützung anderer, die sich aus freien Stücken entschließen, durch einen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ihr Leben zu beenden, ist aber ebenso wenig strafbar wie jene gegenüber terminal Kranken«.

Gefühlsmäßig wird man um so eher dazu neigen, einen FVNF als Suizid zu bewerten, je »länger« die Lebenserwartung und je »niedriger« das Alter des Sterbewilligen ist.³¹ Grundsätzlich ist heutzutage *die maximal mögliche Lebensdauer* nicht mehr ohne volle Einbeziehung der das Leben rettenden, erhaltenden oder verlängernden Maßnahmen zu sehen. Man kann daher bei allen Situationen, in denen nicht *sämtliche* normal verfügbaren medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden sind/werden, von einem *vorzeitigen Sterben* sprechen. *Bockenheimer-Lucius*³² diskutiert diese Sichtweise zwar an, verwirft sie dann allerdings, da dies zu einer unangemessenen Ausweitung des Suizidbegriffs führen müsse. Doch diese Konsequenz ist nicht zwingend.

Beschränken wir uns auf die Fälle, in denen weder ein menschliches oder technisches Versagen noch Unfälle und Verbrechen, sondern die wohlüberlegte Absicht

22 Bickhardt, J./Hanke, R., Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine ganz eigene Handlungsweise, Deutsches Ärzteblatt 111, A590-A592 (2014).

23 Birnbacher D., Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?, Ethik in der Medizin 27, S. 315–324 (2015).

24 Simon, A., Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid?, Zeitschrift f. Palliativmedizin 19, 10–11 (2018); Alt-Epping, B., Con: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist keine Form des Suizids, Zeitschrift f. Palliativmedizin 19, 12–15 (2018); Walther, C., »Sterbefasten«: Wie umgehen mit dem Totenschein? Zeitschrift f. Palliativmedizin 19, 278–281 (2018).

25 SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften), Medizin-ethische Richtlinien – Umgang mit Sterben und Tod, SAMW, Bern (2018).

26 Feichtner, A./Weixler, D./Birkelbauer, A., Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), Wiener Med. Wochenschrift Ausgabe 7–8/2018, 168–176.

27 Gärtner, J./Müller, L., Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) – Ein Fall von »Sterbefasten« wirft Fragen auf, Schweizerische Ärztezeitung 99, 675–677 (2018).

28 Z.B. Wax, J. W./An, A. W./Kosier, N./Quill, T. E., Voluntary Stopping Eating and Drinking, J. American Geriatric Soc. 66, 441–445 (2018).

29 Hier schwingt auch eine gefühlsmäßige Legitimation mit: Warum soll man nicht einem Menschen, der stark leidet und nicht mehr lange zu leben hat, den Wunsch erfüllen, das Leben vorzeitig zu beenden? Damit könnte man jedoch genauso gut eine Unterstützung beim Medikamenten-Suizid oder eine Tötung auf Verlangen rechtfertigen.

30 Birkelbauer, A./Feichtner, A./Weixler, D., Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Strafrechtliche Aspekte, Recht der Medizin, Ausgabe 1/2019, 4–9.

31 Vgl. auch Saladin/Fringer, 2018 (Fn. 7).

32 Bockenheimer-Lucius, 2018 (Fn. 8).

einer sterbewilligen Person die Grundlage solch eines vorzeitigen Sterbens ist, dann könnte der Begriff »vorzeitiges Sterben« für die juristische Praxis bedeutsam sein: Er würde *alle* Situationen unabhängig davon, ob man sie als Suizid oder anders bewertet, umfassen, in denen der Wunsch eines Menschen nach einem (gemessen an der maximal möglichen Lebensdauer) *vorzeitigen* Sterben umgesetzt wird. Denkbar wäre es dann, die diversen Möglichkeiten *einzig* nach der Wahl der Mittel zu unterscheiden. Dann wären Behandlungsabbruch und FVET, da hierbei keine physisch gewaltsamen Mittel wie bei Fremdtötungen verwendet werden, *nicht* als Suizid zu klassifizieren.

In diesem Fall wäre eine letztlich willkürliche zeitliche Differenzierung beim FVNF (nach Lebenserwartung und Lebensalter, s.o.) rechtlich unerheblich. Eine geschäftsmäßige Unterstützung beim FVNF würde z.B. nicht in den Geltungsbereich des § 217 StGB fallen. Andererseits würden ethische Bewertungsversuche damit marginalisiert und die moralische Entscheidung, ob jemand beim FVNF helfen will, zur reinen Privatsache. Ob die hier skizzierte Möglichkeit, nur nach der Wahl des Mittels zu urteilen, im Rahmen der bestehenden Rechtsordnung realistisch ist, kann letztlich nur ein Gerichtsverfahren (etwa: Anklage gemäß § 217 StGB nach wiederholter Beihilfe zum FVNF) oder der Versuch zeigen, im Hinblick auf den FVNF das Strafrecht zu ändern. Dabei wird es ggf. auch darum gehen, ob für die Rechtspraxis – ähnlich wie bei der Differenzierung zwischen Mord und Totschlag – in diesem Falle die Motivation eine Rolle spielen sollte.

Unterstützung beim FVNF: Rechtliche Unsicherheit

Bislang wird von manchen vertreten, dass eine *Unterstützung* des FVNF schon deshalb keine Suizidhilfe und somit nicht strafbar sein könne, weil hier nur das getan wird, was man auch sonst bei der Betreuung Sterbender tue.³³ Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, dass das Angebot der Unterstützung für den Fall eines FVNF den Entschluss, diesen Weg zu beschreiten, maßgeblich fördern oder gar bedingen könne.³⁴ Sofern FVNF grundsätzlich als Suizid bewertet wird, könnte somit eine eventuell strafbare Verleitung zum Suizid in Betracht kommen.

Dass zuweilen ein wohlerwogener Suizidwunsch des Patienten im Spiel sein könnte, wird beim VNF und anderen Möglichkeiten des Behandlungsabbruchs normalerweise nicht thematisiert. Dass auch bei Menschen, die noch Monate oder Jahre leben könnten, lebenserhaltende Maßnahmen abgebrochen werden

können und diese dann sicher oder mit hoher Wahrscheinlichkeit sterben (bei manchen Patienten z.B. durch Abschalten-Lassen eines Herzschrittmachers oder Defibrillators; eine Problematik, bei der bislang wenig Klarheit herrscht³⁵), ist hinsichtlich möglicher suizidaler Intentionen unseres Wissens noch nicht thematisiert worden. Generell scheint die Auffassung vorzuherrschen, dass der BGH in seinem oben erwähnten richtungsweisenden Urteil nur das Abbrechen der Behandlung als eine mögliche *Verfahrensweise* im Blick gehabt hat. Somit kann man sicherlich sagen, dass der nur noch künstlich am Leben gehaltene Patient ein Anrecht auf Behandlungsabbruch hat und es rechtlich unerheblich ist, weshalb er dies einfordert, solange er einwilligungsfähig und sich der Tragweite seines Entschlusses bewusst ist.

Andererseits versteht es sich von selbst, dass FVNF nicht generell dem Behandlungsabbruch zugerechnet werden kann. Man kann beim FVNF jedoch in Analogie zum Behandlungsabbruch argumentieren: Jeder hat das Recht, mit Essen und Trinken aufzuhören; warum er das tut (sofern nicht ein psychiatrischer Abklärungsbedarf besteht), ist gleichgültig. Auch die Königliche Niederländische Gesellschaft für Medizin ist dieser Auffassung.³⁶ Ob Richter in Deutschland das auch so sehen würden, bleibe dahingestellt. Jedoch besteht Einigkeit darüber, dass Zwangsernährung eines Menschen zur Verhinderung eines FVNF strafbar wäre. Strittig ist andererseits z.B. die Frage, ob einem Sterbewilligen, der im Zuge eines FVNF in einen delirartigen Zustand gerät und dann nach einem Getränk verlangt,³⁷ sein momentaner Wunsch im Einklang mit seiner Verfügung *nicht* erfüllt werden soll³⁸ oder aber erfüllt werden muss.³⁹

Relevanz von Wertefragen

Obwohl wir in Deutschland eine pluralistische Gesellschaftsordnung haben und die Bedeutung der Kirchen weiterhin abnimmt, spielen deren Positionierungen

33 Z.B. Bickhardt/Hanke, 2014 (Fn. 22); Dutge, G./Simon, A., Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als (strafbare) Suizidhilfe?, NSStZ 2017, 512–516 (2017).

34 Z.B. Jox, R./Black, I./Borasio, G.D./Anneser, J., Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified?, BMC Medicine 15: 186 (2017).

35 Vgl. Waltenberger, J./Schöne-Seifert, B./Friedrich, D.R./Alr-Epping, B./Bestehorn, M./Dutzmann, J./Ertl, G./Fateh-Moghadam, B./Israel C.W./Maase, A., Verantwortlicher Umgang mit ICDs – Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und ihrer Schwester-Gesellschaften, Der Kardiologe 11, 383–397 (2017).

36 KNMG (Königliche Niederländische Medizinische Gesellschaft), Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life, KNMG, Utrecht (2015).

37 Gärmer/Müller, 2018 (Fn. 27).

38 So Birkbauer et al., 2019 (Fn. 30).

39 So die SAMW, 2018 (Fn. 25).

für viele Bürger noch immer eine erhebliche Rolle. Zum FVNF gibt es jedoch bislang keine »amtlichen« Stellungnahmen. Für die Katholische Kirche ist in einer vom Erstautor (C.W.) bei der Deutschen Bischofskonferenz 2018 erbetenen Beurteilung des Sterbefastens zu lesen:

»... Am einen Ende steht dabei die Nahrungsverweigerung eines physisch gesunden Menschen mit dem Ziel des Suizids. ... Auf der anderen Seite des Spektrums steht das zum Erliegen kommen der Nahrungsaufnahme als gewissermaßen natürlicher Vorgang, der zum Sterbeprozess gehört ... Zwischen diesen beiden »Polen« geht es zweifellos um die Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls. ... Entscheidend ist ... die Grundhaltung, einen verantwortungsvollen »Weg zwischen unzumutbarer Lebensverlängerung und nicht verantwortbarer Lebensverkürzung zu finden«, wie es im Geleitwort zur Neuauflage der Christlichen Patientenvorsorge heißt.«

Angesichts der oben erörterten Probleme der Bewertung des FVNF bzw. der Unterstützung desselben stellt der protestantische Theologe M. Coors das Gebot der Nächstenliebe – also das Angebot der Hilfe – über den ethischen Zwiespalt, den der mögliche suizidale Aspekt des FVNF hervorrufen kann.⁴⁰ Auf der anderen Seite wurde von Andreas Heller, einem katholischen Moraltheologen und Experten für Palliative Care und Organisationsethik an der Universität Graz, und Susanne Kränzle, der Vorsitzenden des Hospiz- und Palliativverbands Baden-Württemberg, vorgeschlagen, Patienten des Hospizes zu verweisen, falls sie dort einen FVNF beginnen wollten,⁴¹ da diese Handlungsweise nicht mit der Hospizidee vereinbar sei,⁴² zumindest nicht mit einer christlichen. Im Hinblick auf Pflegeheime (und auch Hospize) hat E. Prat, ein für die katholischen Bischöfe in Österreich tätiger Theologe, vorgeschlagen: »Aus ethischen Gründen ist es ... legitim, dass Alten- und Pflegeheime oder Hospize die Möglichkeit eines FVNF in ihren Grundsätzen ausschließen und dies auch so kommunizieren. Damit soll eine formelle Mitwirkung bei einer Selbsttötung im Heim verhindert werden.«⁴³

Wertefragen dürften übrigens eine nicht zu unterschätzende Rolle bei einer anderen rechtlichen Frage spielen, die der FVNF aufwirft: Welche Todesart ist auf dem Totenschein anzugeben? Die Argumentation, dass diese Frage am besten dadurch beantwortet würde, dass man auf dem Totenschein eine eigene Kategorie »FVNF« (mit einigen daraus folgenden Regelungen) einführt,⁴⁴ stieß bei Rechtsmedizinern auf Widerspruch.⁴⁵ Es ist jedoch nicht einzusehen, was einer entsprechenden Änderung auf dem Totenschein

entgegenstehen sollte. Dass es rechtssystematisch problematisch sei, FVNF etwa vom Tod infolge von Magersucht (Anorexia nervosa) oder von Hungerstreik abzugrenzen,⁴⁶ überzeugt nicht, denn in beiden Fällen geht es nicht um das Ziel, das Leben zu beenden, sondern es liegt entweder eine pathologische Situation vor oder der Versuch, durch Androhen des eigenen Todes ein erklärtes (z.B. politisches) Ziel zu erreichen.

Schlussbetrachtung

Gelegentlich wird die philosophische Frage aufgeworfen, ob denn eine Entscheidung zum FVNF überhaupt als freie Entscheidung erfolgen könne.⁴⁷ Ob man dies bejaht oder verneint, ist für die Praxis irrelevant. Es kann nie darum gehen, ob etwas »wirklich frei« geschieht, sondern nur darum, ob gemäß gängigem medizinischem Verständnis, also entsprechend pathologischer und forensischer Kriterien, die Entscheidung eines Menschen in einer gegebenen Situation als *nicht* freiverantwortlich zu bewerten ist. Diese Frage kann ein Psychiater durchaus beantworten.

Nach so vielen theoretischen Betrachtungen stellt sich die Frage, was für die Praxis daraus folgt. Zunächst muss man konstatieren, dass wir uns beim FVNF noch immer in einer Übergangsphase befinden. Teilweise wird das Thema noch tabuisiert, und es dauert wohl noch Jahre, bis es landesweit bekannt ist und nochmals einige Zeit, bis man bilanzieren kann: FVNF wird in unserer Gesellschaft als eine normale Möglichkeit der vorzeitigen Lebensbeendigung angesehen. Somit ist wohl noch nicht so bald mit breit akzeptierten Festlegungen zu rechnen. Das betrifft nicht nur die Terminologie, sondern auch medizinethische und rechtliche Aspekte. Von ärztlichen Organisationen in Deutschland gibt es erst wenige Stellungnahmen zum FVNF. Auch hat sich bisher keine der 17 Landesärztekammern (LÄKs) in Deutschland dazu positioniert.

40 Coors, M., Zur theologisch-ethischen Bewertung des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine evangelische Perspektive, in: Michael Coors, Alfred Simon, Bernd Alt-Epping (Hrg.), *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*, Kohlhammer, Stuttgart, S. 120–132 (2019).

41 Heller, A./Kränzle, S., Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) und die Nicht-Vereinbarkeit mit der Hospizidee, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 25–28.

42 Siehe aber Kap. 7 in *Chabou/Walther*.

43 Prat, 2018 (Fn. 16).

44 Walther, 2018 (Fn. 24).

45 Manhart, J./Zack, F./Dettmeyer, R.B./Junghans, C./Büttner, A./Kriesen, U., Leserbrief zum Beitrag: Walther C., »Sterbefasten«: Wie umgehen mit dem Totenschein?, *Zeitschrift f. Palliativmedizin*, 19, 278–281 (2018).

46 Manhart et al., 2018 (Fn. 45).

47 Z.B. Alt-Epping, 2018 (Fn. 24).

Phänomenologisch den FVNF beim Suizid einzuordnen, bietet sich bei unbefangener Einstellung zwar an und bedeutet nicht generell eine moralisch negative Wertung. Andererseits wird von der Bundesärztekammer und einem Teil der LÄKs die ärztliche Unterstützung von Suiziden abgelehnt.⁴⁸ Somit besteht hier ein *politisches* Interesse, FVNF auf keinen Fall als Suizid zu bewerten. Diese Thematik soll hier nicht vertieft werden, zumal neue Stellungnahmen – wohl auch von hospizlichen Verbänden – zu erwarten sind. Es würde allerdings nicht überraschen, wenn man sich bei Empfehlungen zum Umgang mit FVNF-Wünschen weiterhin auf die Situationen sterbenskranker Menschen beschränken würde.⁴⁹

Ein weiterer Punkt ist, dass die Realität so vielfältig ist, dass die Begriffe nicht immer genau passen. Ein Verzicht kann z.B. halbherzig sein, wieder rückgängig gemacht werden oder sich so langsam entwickeln, dass man eher nicht von einem Entschluss sprechen wird. Manchen Pflegenden und Ärzten ist zudem die Situation vertraut, dass ein sehr alter Mensch irgendwann nur noch so wenig Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen mag, dass er damit nicht mehr lange leben kann. Auch hierdurch können Konflikte entstehen, etwa mit Angehörigen, und man wird dann von einer sich lange hinziehenden Sterbephase sprechen, in der nur noch sogenanntes *Comfort feeding only*⁵⁰ zu leisten ist, bei dem dem Patienten nur noch so oft und so viel Nahrung und/oder Flüssigkeit angeboten wird, wie ihm erkennbar behagt.

Demgemäß können hier nur einige eher vorläufige Empfehlungen gegeben werden, für die der rechtliche Rahmen in Deutschland zugrunde gelegt wird.

Erstens: Man sollte ohne Scheu dem Thema FVNF, wo es sich anbietet, zu weiterer Bekanntheit verhelfen,

selbst wenn manche einwenden, man solle »die Leute nicht draufbringen«.

Zweitens: Die Sorge, möglicherweise vor Gericht zu kommen, weil man grundsätzlich Unterstützung beim FVNF anbietet (eine auf Wiederholung angelegte Handlung ist juristisch gesehen »geschäftsmäßig«) oder/und bereits geleistet hat, sollte einen nicht beunruhigen. Dank der Tatsache, dass begrifflich und in der Rechtsprechung nicht geklärt ist, ob es sich bei FVNF um einen Suizid handelt, kann man sich bis auf Weiteres ggf. auf einen Verbotsirrtum berufen (§ 17 StGB). Zudem sind gegen den § 217 StGB, der jedem eine geschäftsmäßige Suizidhilfe verbietet, mehrere Einsprüche beim Bundesverfassungsgericht anhängig, über die voraussichtlich Ende 2019 entschieden werden wird. Wenn der Entscheid vorliegt, ist eine Neubewertung des Problems vorzunehmen.

Drittens: Auch beim Umgang mit dem Totenschein sollte man, mit Ausnahme wirklich kritischer Fälle, die Todesart »natürlich« angeben, aber eine Willenserklärung des Verstorbenen und für den Fall von Nachfragen eine Dokumentation des Hergangs vorlegen können.

Viertens: Wenn es von Fachgesellschaften oder z.B. auch von kirchlicher Seite neue Aussagen zum FVNF gibt, sollte man sie u.a. anhand der in diesem Beitrag vorgestellten Betrachtungen ggf. kritisch hinterfragen.

Fünftens: Man sollte sich in Alten- und Pflegeheimen, in Kliniken wie auch in Hospizen bemühen, einen Meinungspluralismus zum FVNF unter den dort Tätigen zuzulassen. Man wird dabei die Frage, ob FVNF Suizid sei, am besten auf sich beruhen lassen, da hierzu keine Einigung möglich zu sein scheint – und vielleicht auch nicht nötig ist.

48 Z.B. § 16 in Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel, Deutsches Ärzteblatt 108, A1980-A1992 (2011).

49 Bundesärztekammer, Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis, Deutsches Ärzteblatt 114, A334-A336 (2017).

50 Palecek E.J./Teno J.M./Casarett D.J./Hanson L.C./Rhodes R.L./Mitchell S.L., Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia, J Am Geriatr Soc 58(3), 580–583 (2010).