

Enrique H. Prat

# Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF): eine ethische Diskussion

The Voluntary Refusal of Food and Fluids (VRFF): An Ethical Discussion

## Zusammenfassung

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit der Absicht, aus dem Leben zu scheiden (FVNF), auch „Sterbefasten“ genannt, wird zunehmend als Alternative zur Tötung auf Verlangen diskutiert. Anhand von 25 Fallberichten wird ein Bild dieses Sterbeprozesses vermittelt. FVNF wirft zahlreiche ethische Fragen auf, die in diesem Beitrag analysiert werden. FVNF stellt eine besondere Form des Suizids dar, der den Anschein eines natürlichen Todes hat. Die Begleitung des Sterbewilligen stellt Ärzte, Pflegepersonen und Angehörige vor schwere Gewissenskonflikte, die im Folgenden differenziert diskutiert werden.

**Schlüsselwörter: Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten), Suizid, Selbstbestimmung, Gewissen, Mitwirkung**

## Abstract

The Voluntary Refusal of Food and Fluids (VRFF), which has the intention of hastening death, is increasingly being promoted as an alternative to killing on demand. This discussion of 25 published case reports of VRFF provides an overview of this process of dying. VRFF is a special form of suicide that seems to have a strong similarity to natural death but is not at all natural and presents serious ethical problems. The article discusses the conflicts of conscience, which may arise for assisting persons – physicians, family members and carers – who are involved in the VRFF process.

**Keywords: refusal of food and fluids, suicide, self-determination, conscience, cooperation**

Prof. Dr. Enrique H. Prat  
IMABE  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien  
ehprat@imabe.org

## 1. Medizinisches Ethos im Umbruch?

Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), auch „Sterbefasten“ genannt, wird zunehmend als eine neue Art des freiwilligen Scheidens aus dem Leben und als Alternative zur Euthanasie diskutiert und praktiziert. Gemeint ist der selbstbestimmte Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit der Absicht, aus dem Leben zu scheiden. Medial, aber auch in Fachkreisen wird das „Sterbefasten“ als eine legitime, natürliche und selbstbestimmte Art des Sterbens dargestellt. Moralisch wird es in der Debatte von einem ‚gewöhnlichen‘ Suizid abgegrenzt.

FVNF ist ein Prozess, der eine bis mehrere Wochen dauert, es erlaubt dem Sterbenden, sich in Ruhe zu verabschieden. Die Angehörigen können den Sterbenden in der letzte Phase aus der Nähe begleiten und noch vor dem Tod Trauerarbeit leisten. In der ersten Woche kann das Fasten zudem meist noch ohne größere Nachteile abgebrochen werden, wenn der Sterbewillige es sich anders überlegt.

Ethisch wirft diese Art eines sog. selbstbestimmten Sterbens zahlreiche Fragen auf.

Gesellschaftlich nimmt der Druck zu, das Sterben in die eigene Hand zu nehmen und den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen. Laut Daten der Statistik Austria 2014 beträgt die Lebenserwartung der 50-jährigen Männer in Österreich noch 30,7 (Gesamt: 80,7) Jahre. Sie bleiben 9,9 Jahre arbeitsaktiv (Arbeitslebenserwartung<sup>1</sup>), können im Durchschnitt noch 20,6 Jahre in guter Gesundheit (bis 70,6 Jahre) leben und müssen sich die restlichen 10,1 Jahre mit gesundheitlichen Problemen abfinden.<sup>2</sup> Mit steigender Lebenserwartung steigt auch die Zahl der Lebensjahre mit Krankheit am Lebensende.

Dazu kommt, dass die Bevölkerungsstruktur nicht mehr dem gesunden Bild einer Pyramide entspricht, sondern eher einer Bevölkerungsurne ähnelt: Weniger Menschen werden geboren als sterben. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt. Doch: Wie können sie in einer derart überalterten Gesellschaft gut bzw. überhaupt gepflegt werden? Fragen, die sich nicht nur Gesundheitspolitiker

und Organisationen der Altenpflege stellen, sondern auch viele Bürger.

Allein die ständige Präsenz dieser Frage in der Öffentlichkeit kann einen unterschwelligen Druck auf die Betroffenen ausüben. Als Betagter oder Kranker fühlt man sich ohnehin oft schon als Last, nun steht auch noch die Option im Raum, die Beendigung des eigenen Lebens selbst in die Hand nehmen zu müssen.

Nur wenige Länder haben bislang die aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen (Euthanasie) legalisiert. Die Beihilfe zum Suizid ist schon in etlichen Ländern zugelassen. In vielen anderen Ländern wird über eine Zulassung heftig debattiert.

Der Druck auf ältere Menschen oder Menschen mit schweren Erkrankungen wird zweifelsohne auch an Ärzte und Krankenpfleger weitergegeben. Sie werden häufiger mit Sterbe- bzw. Tötungswünschen von Patienten konfrontiert, manchmal sind es ausweglose Situationen, vor denen der Arzt steht und die ihn in einen schweren Gewissenskonflikt zwischen seiner Fürsorgepflicht und seinem Ethos als Anwalt des Lebens führen.

Das sog. Sterbefasten wird inzwischen anhand zahlreicher Fallberichte ebenfalls als eine Methode des freiwilligen aus dem Leben Scheidens präsentiert. Die Deutsche Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (Göttingen) führte eine 2015 publizierte Umfrage (n=255) durch, die die Akzeptanz des FVNF durch palliativmedizinische und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte bewertete.<sup>3</sup> Zwei Drittel der 255 befragten Ärzte hatten in den letzten fünf Jahren einen Patienten bzw. eine Patientin beim FVNF betreut. 21% gaben an, in dem Zeitraum mehr als fünf Patienten während eines Sterbefastens betreut zu haben. Bei der Umfrage wurden vier Fallbeispiele von Patienten (Vignette) vorgelegt: ein onkologischer Patient (55 Jahre), ein Demenzerkrankter (70 Jahre), ein Querschnittsgelähmter (Tetraplegie, 40 Jahre), ein hochbetagter Patient (85 Jahre). Zu jeder Vignette wurden sechs Aussagen, die den selbstbestimmten Tod unterstützen, vorgelegt. Die Zustimmung oder Ableh-

nung wurde nach einer Werteskala von 1 (keine Zustimmung) bis 4 (maximale Zustimmung) erfragt. Die durchschnittliche Zustimmung für einen FVNF betrug beim onkologischen Patienten fast 3,5, bei dem an Demenz erkrankten Patienten und beim tetraplegischen rund 3, beim hochbetagten Patient weit unter 3.

Die ärztliche Begleitung beim FVNF eines onkologischen Patienten stößt bei den Ärzten auf hohe, beim jenem eines Hochbetagten hingegen auf niedrige Zustimmung. Das Ergebnis dieser Umfrage gibt einen Hinweis darauf, dass sich das ärztliche Ethos, das dem Schutz des Lebens verpflichtet ist, im Umbruch befindet.

## 2. Der Sterbeprozess bei FVNF

Die ärztliche Lehre und Praxis zeigen, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr am Ende des Lebens häufig keine Ernährung oder Linderung mehr darstellen. So ist die Nahrungszufuhr begrenzt sinnvoll, wenn der Abbau von Gewebe (Katabolismus) gegenüber dem Aufbau (Anabolismus) überwiegt.<sup>4</sup> Die Verpflichtung zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist daher hinfällig, wenn die Nahrung bzw. die Flüssigkeit ihre eigene Zielsetzung, dem Menschen Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen, nicht erreicht. In solchen Fällen stirbt der Mensch nicht, weil er nicht isst und trinkt, sondern isst und trinkt nicht, weil er stirbt.<sup>5</sup>

Der Patient, der sich entscheidet auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um bewusst seinem Leben ein Ende zu setzen, hat dagegen in der Regel noch Appetit und Durst. Die Entscheidung zum Sterbefasten ist daher klar von jenen Patienten zu unterscheiden, die aufgrund einer fortgeschrittenen Krankheitssituationen die Lust am Essen und Trinken verlieren.

### 25 Fallberichte von FVNF

Der Sterbeprozess beim FVNF kann am besten anhand von konkreten Fällen beschrieben und diskutiert werden. Folgende Fragen scheinen dabei wichtig:

- a. In welcher Situation befinden sich Personen, die sich für diese Art des Sterbens entscheiden?
- b. Was ist ihre Motivation?
- c. Wie haben sie von der Möglichkeit des Sterbefastens erfahren?
- d. Wie läuft der Entscheidungsprozess für FVNF ab?
- e. Wie verhalten sich die Angehörigen? Welche Rolle spielen sie im Prozess?
- f. Wie ist die Arzt-Patienten-Beziehung?
- g. Welche Vorkehrungen sollten getroffen werden? Welche medizinische und pflegerische Betreuung benötigen FVNF-Sterbende?
- h. Wie lange dauert der Prozess? Wie oft wird der Prozess abgebrochen?

Anhand von 25 FVNF-Fällen (vgl. Tabelle 1), werden diese Frage im folgenden besprochen.

Die Fallberichte wurden an verschiedenen Stellen publiziert. 20 davon sind auf dem Internet-Portal [www.sterbefasten.de](http://www.sterbefasten.de) bzw. [www.sterbefasten.org](http://www.sterbefasten.org) erschienen. Fünf weitere Fälle wurden aus anderen Publikationen (vgl. Quellenangabe Tab. 1) entnommen. Einschränkend muss festgestellt werden, dass diese 25 Fälle nicht einer repräsentativen Stichprobe entsprechen, die Beschreibung der Fälle ist unterschiedlich ausführlich, so dass nicht bei allen obige genannte Fragen beantwortet werden konnten.

Die Eckdaten der 25 Fälle von FVNF:

- 15 Frauen und 10 Männer im Alter zwischen 56 und 92 Jahren
- 12 waren über 85 und nur 5 unter 80 Jahre.
- 15 verstarben zu Hause, 10 im Pflegeheim oder in einer gerontologischen Anstalt
- Herkunftsländer: 9 Fälle aus Deutschland, 6 aus den USA, 5 aus den Niederlanden, 2 aus Großbritannien, 2 aus der Schweiz und 1 Fall aus Südafrika

Die vorliegenden Fallberichte wurden mit dem Ziel erstellt und veröffentlicht, diese Sterbeart bekannt zu machen, ja sogar dafür zu werben. Daher muss davon ausgegangen werden, dass die Beschreibung der Fälle nicht objektiv und wert-

neutral ist, d. h. dass positive Aspekte stärker hervorgehoben und negativen Aspekten weniger Bedeutung beigemessen werden. Das Interesse liegt im folgenden weniger an statistischen Gewich-

tungen – Durchschnittswerte und Standardabweichungen –, sondern vor allem am Gesamtbild des Sterbefastens, um daran eine ethische Diskussion anknüpfen zu können.

Fälle	Bezeichnung/Quelle	Alter	Geschlecht	Land	Ort	Dauer/Tage
1	SF Nr. 1	86	W	NL	Zh	21
2	SF Nr. 2	83	W	NL	Ph	11
3	SF Nr. 3	84	M	NL	Ph	10
4	SF Nr. 4	86	M	NL	Ph	11
5	SF Nr. 5	58	M	GB	Zh	6
6	SF Nr. 6	80	W	ZA	Ph	6
7	SF Nr. 7	66	M	USA	Zh	11
8	SF Nr. 8 M	92	M	USA	Ph	11
9	SF Nr. 8 W	90	W	USA	Ph	10
10	SF Nr. 9	74	M	NL	Ph	9
11	SF Nr. 10	56	W	D	Zh	24
12	SF Nr. 11	86	W	D	Zh	14
13	SF Nr. 12	87	W	CH	Ph	10
14	SF Nr. 13	89	W	USA	Zh	11
15	SF Nr. 14	86	W	GB	Zh	35
16	SF Nr. 15	83	W	D	Zh	13
17	SF Nr. 16	88	W	D	Zh	13
18	SF Nr. 17	88	W	USA	Zh	12
19	SF Nr. 18	81	W	USA	Zh	11
20	SF Nr. 19	64	M	D	Ph	7
21	SF Nr. 20	85	M	CH	Zh	14
22	Fall Herzberg	83	W	D	Zh	8
23	Fall Marlies B.	74	W	D	Zh	7
24	Fall Sander	80	M	D	Zh	11
25	Fall Rethmann	88	M	D	Ph	40

Tab. 1: 25 reale Fälle von Sterbefasten. Ph = Pflegeheim, Zh = Zuhause. Quellen:

SF Nr. 1 – 20: <http://www.sterbefasten.org/fallbeispiele.php>

Fall Herzenberg: <https://www.tagesspiegel.de/themen/reportage/sterbefasten-statt-sterbehilfe-am-achten-tag-war-sie-tot-und-laechelte/12912406.html>

Fall Marlies B: <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article172376183/Sterbefasten-Als-sie-lebenssatt-war-hoerte-sie-auf-zu-essen.html>

Fall Eberhard Sander: <http://www.zeit.de/2014/16/sterbefasten-natuerlicher-suizid>

Fall Rethmann: Luckwaldt F., *Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten*, Ernst Reinhard Verlag, München (2018).

**a. In welcher Situation befinden sich die Personen, die sich für diese Art des Sterbens entschieden?**

Es waren hochbetagte Personen, meistens mit schweren Erkrankungen (fünf davon hatten eine Tumorerkrankung im fortgeschrittenen Stadium), die zumindest teilweise bzgl. ihrer Grundbedürfnisse auf Unterstützung angewiesen waren oder befürchteten, in nächster Zeit ihre Selbständigkeit zu verlieren und von Angehörigen oder Pflegenden vollständig abhängig zu werden, was ihnen unerträglich erschien. In sechs Fällen liegt der Verdacht nahe, dass der Sterbewillige sich bereits in einer Altersdepression befand.

Alle äußerten mehrmals Sterbewünsche gegenüber behandelnden Ärzten und Pflegepersonen, auch gegenüber den Angehörigen.

In mehreren Berichten wird auch festgehalten, dass die Patienten um aktive Sterbehilfe gebeten hatten: In drei Fällen aus den Niederlanden wurde dies explizit festgehalten (vgl. Fälle 1, 3 und 4), in anderen Fallberichten wird es nur angedeutet. Die Euthanasie wurde in den holländischen Fällen abgelehnt, da laut ärztlicher Meinung die gesetzlichen Bedingungen für eine Tötung auf Verlangen nicht erfüllt waren.

**b. Was ist ihre Motivation?**

Praktisch in allen Fällen kommen folgende zwei Motivationen vor:

- a. Angst vor Verlust der Selbstständigkeit bzw. bereits verlorene Selbstständigkeit
- b. keine Belastung für Angehörige sein zu wollen.

Außerdem werden in sechs Fällen der Verlust der Ehefrau und die daraus folgende Sinnleere genannt.

**c. Wie haben sie von der Möglichkeit des Sterbefastens erfahren?**

Manche haben selbst recherchiert, ein Buch darüber gelesen, andere wurden von Angehörigen bzw. Ärzten über diese Möglichkeit informiert. Der Arzt dürfte die wichtigste Informationsquelle gewesen sein.

**d. Wie läuft der Entscheidungsprozess für FVNF ab?**

Meistens wird mit dem Arzt die Möglichkeit der Beendigung des Lebens und der Sterbehilfe besprochen. Nachdem das Einvernehmen mit dem Arzt hergestellt ist, wird die Zustimmung der Angehörigen gesucht.

**e. Wie verhalten sich die Angehörigen? Welche Rolle spielen sie im Prozess?**

In der Regel sind die Angehörigen im ersten Moment überrascht und leisten Widerstand. In allen Berichten geben sie letztlich den Widerstand auf und erklären sich bereit, den Sterbenden zu begleiten, was sie meistens auch hingebungsvoll tun. Spätestens am Ende des Prozesses bewerten sie die FVNF-Entscheidung des Verstorbenen als richtig, auch wenn sie vielleicht anfänglich dagegen waren. Für die meisten Angehörigen war diese Zeit sehr positiv, ja sogar sehr beglückend. Einige Beispiele: „Die gesamte Familie (der Vater und mehrere Töchter) empfand dieses Sterben als etwas sehr Gutes; alle waren geradezu stolz darauf, dass die Mutter mit ihrer Unterstützung ihre Absicht verwirklicht hat“ (vgl. Fallbericht Nr. 6). „Meine Mutter lehrte uns so vieles ihr ganzes Leben lang, aber vor allem in diesen letzten 12 Tagen. Ihre Gelassenheit zu erfahren, ihren Humor und ihre Weisheit waren eine Erfahrung, die ich nie vergessen werde“ (vgl. Fallbericht Nr. 18).

**f. Wie ist die Arzt-Patienten-Beziehung?**

Meistens wird die Entscheidung im Einvernehmen mit dem Arzt getroffen. In einem Fall (Fallbericht Nr. 15) hatte der Arzt abgelehnt, den Sterbenden zu begleiten, ein anderer Arzt hat die ärztliche Begleitung übernommen. Ein Arzt war verärgert, er hat sich unter Druck gesetzt gefühlt (Fallbericht Nr. 1). Im Fall 10 hat der Patient das Sterbefasten überstürzt begonnen, während die Hausärztin auf Urlaub war. Dadurch ist die Betreuung anfangs nicht optimal gelaufen. In fast allen Fällen wird berichtet, dass der begleitende Arzt täg-

lich oder fast täglich den Sterbenden besuchte und bei der Schmerz- und Symptomlinderung aktiv war. Im Fallbericht Nr. 25 hat die begleitende Ärztin die Entscheidung respektiert, aber zugleich klar gemacht, dass sie nichts tun wollte, was als Beihilfe zum Suizid angesehen werden könnte. Sie wollte die Berufsausübungsberechtigung nicht verlieren.

**g. Welche Vorkehrungen sollen getroffen werden? Welche medizinische und pflegerische Betreuung benötigen FVNF-Sterbende?**

Die Berichte sind hier nicht sehr ausführlich, aber es wird davon berichtet, dass ein Arzt die Begleitung übernommen hat, in manchen Fällen steht ein mobiles Palliativteam zur Verfügung.

**h. Wie lange dauert der Prozess? Wie oft wird der Prozess abgebrochen?**

Der Sterbeprozess hat in diesen 25 Fällen zwischen 6 und 50 Tage, in 4 Fällen eine Woche oder kürzer gedauert. In 15 Fällen trat der Tod in der zweiten Woche ein, in drei Fällen dauerte der Prozess mehr als zwei Wochen. In den Fallberichten Nr. 15 und 25 hat der Sterbeprozess 35 bzw. 40 Tage gedauert. In beiden Fällen haben die Sterbewilligen immer wieder Flüssigkeit zu sich genommen und sogar etwas gegessen. In beiden Fällen wurde den Sterbewilligen in den letzten 10 Tagen ein Morphium-Depotpflaster verabreicht. Danach waren sie kaum mehr ansprechbar. Man kann annehmen, dass auch andere mit Morphium behandelt wurden.

Budewijn Chabot<sup>6</sup> behauptet, dass in jenen Fällen, wo der Tod innerhalb von sechs Tagen eintritt, wahrscheinlich eine schwere Krankheit oder die Medikamente zu diesem schnellen Ende beitrugen. In zwei Fällen hat der Prozess sechs Tage gedauert, beide Patienten litten an einer fortgeschrittenen Krebserkrankung. Auch in der Studie von Chabot sterben rund 60% der Fastenden in der zweiten Woche.<sup>7</sup>

**Zur Ergänzung des Bildes vom Sterbefasten**

Bevor wir zur ethischen Diskussion übergehen, soll noch versucht werden, das Bild des FVNF, das hier durch 25 Fallberichte der Befürworter gezeichnet wurde, durch andere ausführlichere Berichte und sonstige Zeugnisse zu ergänzen bzw. zurechtzurücken.

Die obigen 25 Fallberichte von Todesfällen sind alle auffallend positiv. Es werden lauter „Erfolgsgeschichten“ erzählt, in denen am Ende alle glücklich sind: Der Wunsch des Sterbewilligen ist trotz Widerstände in Erfüllung gegangen, die Angehörigen konnten sich vom Sterbenden in Ruhe, friedvoll verabschieden, keine Trauerarbeit war mehr nach dem Tod notwendig. Schließlich waren auch Ärzte, Pflegeheime und Pflegepersonen mehrheitlich zufrieden. Entspricht das der Realität?

Ausführliche Zeugnisse von Zur Nieden<sup>8</sup> und Luckwaldt<sup>9</sup> lassen starke Zweifel an diesem Bild aufkommen. Die beiden Autorinnen sind zwar bemüht, die Situation des Sterbefastens möglichst positiv darzustellen, doch viele Details, die in ihren Berichten enthalten sind, zeigen ein anderes Bild.

Das FVNF-Verfahren ist sehr anspruchsvoll und äußerst fordernd für den Sterbewilligen. Es wird von einem „langsamen quälenden Tod“<sup>10</sup> berichtet, der „nicht einfach“<sup>11</sup> ist und der „viel Festigkeit des Willens, Geduld und langen Atem“<sup>12</sup> erfordert. Aus dem Bericht von Luckwaldt geht hervor, dass ihr Vater mehrmals das Sterbefasten durch Trinken und Essen unterbrochen hat, was angesichts der erforderlichen Willensstärke nicht erstaunlich ist. Leider gibt es über Abbrüche von Sterbefasten keine Daten. Es gehört allgemein zur *conditio humana*, schwere dauerbelastende Aufgaben nach einiger Zeit aufzugeben. Deshalb kann man wohl davon ausgehen, dass das Sterbefasten nicht selten abgebrochen wird. Das Gegenteil wäre im hohen Maße überraschend.

Allein die große Menge der Vorkehrungen zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung,<sup>13</sup> die zu treffen sind, zeigt, dass es sich um einen fachlich anspruchsvollen Prozess handelt. Es wird unter

anderen empfohlen, nicht mit dem Sterbefasten zu beginnen, bevor die Begleitung durch einen Arzt und eine Palliativpflege fixiert wurde. Ein großes Thema ist die Schmerzlinderung und die Mundpflege. Auf den Umgang mit den Zahnprothesen muss geachtet werden, sie können Reizungen verursachen. In vielen Fällen wird ein Anti-Dekubitus-Matratze wichtig sein. Auf der rechtzeitigen Entleerung des Darmes in den ersten Tagen ist zu beachten (milde Abführmittel). Dazu kommen auch Schlafprobleme, Verwirrung, Ängste u.v.m. Luckwaldt spricht definitiv von einem „erheblichen Mehraufwand in der Pflege“.<sup>14</sup>

Die Angehörigen dürften es beim Sterbefasten auch nicht so einfach haben wie dargestellt. Wenn sie sich nach dem ersten Schock entschließen, den Sterbewilligen zu unterstützen und ihn liebevoll zu begleiten, verkehrt sich die Rationalität der Liebe („Ich liebe dich, gut, dass es dich gibt!“) ins Gegenteil („Ich liebe dich, gut, dass du bald stirbst und ich dir dabei helfe!“). Im Fall von Claus Rethmann (Fallbericht 25) ergab sich die absurde Situation, dass die Tochter des Sterbewilligen, die an sich die Entscheidung ihres Vaters voll akzeptiert und ihn sehr liebevoll auf dem Sterbeweg begleitet hat, ihn wegen des Mangels an Disziplin mehrmals ermahnt hat. Am 8. Tag: „Papa, du kannst natürlich essen und trinken, wie du willst. Aber dein Weg wird dadurch verlängert. Wenn Du Hühnerbrühe, Banane und Tee zu dir nimmst, ist das ja eh wie eine Diät. Sterben wirst Du nicht kurzfristig!“ Sie kommentiert dazu „Was für ein Gespräch! Hier erkläre ich meinem Vater, wie er am schnellsten sterben könne... Alles in mir wehrte sich dagegen und doch hatte ich das Gefühl, das Richtige zu sagen.“<sup>15</sup> Oder 13 Tage später: „Papa, Du machst es so, wie Du aushalten kannst. Wieder kam mir die Absurdität im Sinn. Das war eine verkehrte Welt. Ich saß hier und musste meinem Vater Mut zu machen, seinen Sterbeweg fortzusetzen, statt für ihn zu hoffen, dass er wieder gesund würde.“<sup>16</sup> Die Frage ist, ob diese Liebe mit verkehrter Rationalität noch Liebe genannt werden darf.

Dieser Wunsch des Todes des nahen Angehörigen führt allenfalls zu inneren Konflikten „War es wirklich richtig, für meinen Vater Schwäche und einen baldigen Tod zu wünschen?“<sup>17</sup> Diese Verkehrung der Liebesrationalität dürfte das Gewissen der Angehörigen dauerhaft belasten: „Sechs Jahre nach dem Tod meiner Mutter ertappe ich mich selbst, trotz in meinen Augen gelungener, würdiger Sterbebegleitung immer wieder dabei, dass ich sie nicht nur vermisse, sondern auch plötzlich von Gedanken überrollt werde, die mich schuldig fühlen lassen, nicht alles getan zu haben...“<sup>18</sup>

Die Pflegeheime dürften im Allgemeinen ein erhebliches Problem mit dem FVNF haben. Laut zur Nieden, sind Heime, die FVNF erlauben, die Ausnahme.<sup>19</sup> Das dürfte zumindest für Deutschland und Österreich<sup>20</sup> zutreffen. Auf der einen Seite werden sie stark kontrolliert, auf der anderen Seite entspricht FVNF nicht ihrem Selbstverständnis. Letztere würde den Charakter und die Atmosphäre des Hauses verändern.

### 3. Ethische Überlegungen zum Sterbefasten (FVNF)

Aus der Definition von Sterbefasten als dem bewussten und freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um das Leben mit Selbsttötungsabsicht vorzeitig zu beenden, kann man drei ethisch relevante Elemente hervorheben:

#### a) Die Freiwilligkeit

Sie ist Voraussetzung für jede moralische Handlung. Jemand muss nur verantworten, was er freiwillig macht. Der Zwang enthebt das Handlungssubjekt von jeder Verantwortung. Ein Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unter Zwang wäre ein schweres ethisch verwerfliches Gewaltvergehen von Seiten des Bezwingers.

#### b) Der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Im Prinzip entspricht die Einnahme von Nahrung und Flüssigkeit dem Selbsterhaltungstrieb des Menschen. Wie jedes andere Lebewesen will

er von Natur aus essen und trinken. Der Mensch kann sich allerdings gegen diesen Trieb entscheiden und Essen und Trinken verweigern, was mit erheblichen Schmerzen, die über Hunger und Durst hinausgehen, verbunden ist.

Ein Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist per se ethisch nicht verwerflich, seine moralische Qualität hängt vom beabsichtigten Ziel der Handlung ab, d. h. von der Absicht. Ein Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann ein gutes Ziel verfolgen, z. B. ein gesundes Abnehmen. Dann darf es sich nur um einen angemessenen Verzicht während einer angemessenen Zeit handeln. Wenn es sich aber um eine endgültige und unwiderrufliche Verweigerung jeglicher Nahrungszufuhr handelt, will man absichtlich die Selbsttötung herbeiführen. Aus diesem Grund wäre der Terminus „Nahrungsverweigerung“ besser geeignet als Verzicht, da er die Handlung ethisch präziser beschreibt.

### c) Die Selbsttötungsabsicht

Für die ethische Qualifizierung einer Handlung ist die Absicht also wesentlich. Die böse Absicht ist eine hinreichende Bedingung, um eine Handlung, ein Tun oder eine Unterlassung als moralisch schlecht zu qualifizieren. Allerdings ist die gute Absicht zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine moralisch gute Handlung. Man kann auch mit (subjektiv) guter Absicht etwas (objektiv) Schlechtes tun. Damit wird klar, dass die ethische Beurteilung von Sterbefasten letztlich davon abhängt, ob Selbsttötung ethisch als verwerflich betrachtet wird oder nicht.

In der ethischen Diskussion über den FVNF treten im Wesentlichen vier Fragen auf:

#### **Erste Frage: Ist der Tod durch Sterbefasten ein natürlicher Tod?**

Für den Marburger Neurobiologen Christian Walther ist das Sterbefasten eine „natürliche“ Alternative zum gewöhnlichen Suizid. Zusammen mit dem niederländischen Psychiater Boudewijn Chabot hat er mehr als 100 Berichte über Men-

schen gesammelt, die in den Niederlanden durch den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gestorben sind. In ihrem Buch „Ausweg am Lebensende“ bewerten Walther und Chabot diesen Tod positiv als „natürlich“, da keine „lebensverkürzenden, medizinisch-technischen Maßnahmen ergriffen werden“. Das erlaube einen allmählichen Abschied vom Leben, der weit weniger abrupt sei als etwa der Suizid durch Medikamente.<sup>21</sup>

Auch für den Allgemein- und Palliativmediziner Hans-Christoph zur Nieden handelt es sich beim Sterbefasten um einen natürlichen Tod, da eine Einwirkung von außen nicht stattgefunden hat. Der Arzt, der nach Hause gerufen wird, wenn ein Mensch nach einem Sterbefastenprozess in seiner häuslichen Umgebung gestorben ist, sollte, so die Argumentation, die Eintragung „Natürlicher Tod“ auf dem Totenschein ankreuzen.<sup>22</sup>

Dieser Zugang bedarf einer genaueren Analyse. Von einem natürlichen Tod spricht man, wenn er als Folge des reinen natürlichen Zerfallsprozesses eintritt. Die Selbsterhaltung ist von Anfang an beim Menschen wie bei allen Lebewesen natürlich. Wenn diese fehlt, kann die Ursache in einer Krankheit (z. B. Depression) liegen oder – wie oben erwähnt – darin, dass der natürliche Sterbeprozess bereits so weit fortgeschritten ist, dass das Hunger- und Durstgefühl erloschen sind. Durch den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit lässt der Mensch das Sterben zu. Er könnte aber auch durch Nahrungsverweigerung vorzeitig in den natürlichen Lebensverlauf eingreifen, um den eigenen Tod absichtlich herbeizuführen. Diese Sterbensart wäre dann keinesfalls natürlich.

Tatsächlich weist der Prozess des Sterbefastens gewisse Ähnlichkeit mit dem natürlichen Sterben auf. Walther hebt z. B. hervor, dass der Arzt „bei einer Begleitung von FVNF nichts tut, was er auch sonst bei der Betreuung und Versorgung Schwerkranker täte.“<sup>23</sup> Trotzdem kann der Tod durch Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung schwer als natürliches Sterben, sondern muss eher als ein gewaltsamer Tod angesehen werden. Wer den Weg

des „Sterbefastens“ wählt, greift gewissermaßen in den natürlichen Sterbeprozess ein, indem er im Rahmen einer chronisch-progredienten Erkrankung oder im Zustand physischer wie mentaler Auszehrung dem allmählichen unausweichlichen Erlöschen der Lebensfunktionen zuvorkommt.

Christa Rados, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, führt zu Recht aus, dass der Terminus Sterbefasten problematisch ist. Er „bezieht sich auf die Suizidmethode des bewussten Verhungerns und Verdurstens, eine Methode, die im Einzelfall sehr qualvoll verlaufen kann. Anzumerken ist auch der in diesem Zusammenhang fehlgeleitete Gebrauch des Begriffes ‚Fasten‘, das üblicherweise nicht mit der Intention des Todes durch Verhungern, sondern aus gesundheitlichen Überlegungen (‚Heilfasten‘) oder aus spirituellen bzw. religiösen Gründen befristet durchgeführt wird. Die ÖGPP lehnt den Ausdruck ‚Sterbefasten‘ daher als irreführend und verharmlosend ab. Bei körperlich schwerkranken Personen basieren Todeswünsche auf den Ängsten vor unerträglichen Schmerzen, dem Tod durch Ersticken oder der Angst, anderen zur Last zu fallen. Dies gilt auch für den Wunsch, den Tod durch Verhungern oder Verdurstens herbeizuführen. Auch hier kann die Unterstützung des Todeswunsches keinesfalls die Lösung sein, es bedarf einer Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung, einer Intensivierung der ärztlichen, pflegerischen und psychotherapeutischen Behandlung und Betreuung“.<sup>24</sup>

### **Zweite Frage: Ist das Sterbefasten eine Selbsttötung?**

Die Frage, ob Sterbefasten eine Selbsttötung ist oder nicht, ist keine medizinische, sondern eine ethische und eine juristische Frage. Wenige Befürworter der FVNF negieren, dass es sich dabei um eine Form des Suizids handelt. Sie fordern für Sterbefasten allerdings eine andere ethische Qualität als Suizid, weil Selbsttötung und Beihilfe dazu – ob gesetzlich erlaubt oder nicht – mo-

ralisch in unserer Kultur und im Bewusstsein der Menschen negativ besetzt sind. Andere sehen Sterbefasten als die menschlichere Alternative zum gewöhnlichen Suizid.<sup>25</sup> Die Mehrheit gibt aber zu, dass es sich um einen Suizid handelt, vielleicht eine besondere Art von Suizid, der sich nicht nur durch den Modus der Ausführung („passiver Suizid“), sondern auch durch weitere Merkmale unterscheidet.<sup>26</sup>

Sowohl aus juristischer wie auch aus ethischer Sicht kann nicht daran gezweifelt werden, dass Sterbefasten moralisch und auch rechtlich gesehen Suizid d. h. Selbsttötung ist und damit die formelle Mitwirkung bei Sterbefasten Beihilfe zum Suizid. Ausschlaggebend dazu ist die Absicht, d.h. die freiwillige Entscheidung eines Menschen seinem eigenen Leben ein Ende zu setzen bzw. die Absicht eines Menschen einen anderen dabei zu unterstützen (Mitwirkung). Dass bei der FVNF der Tod durch Unterlassung herbeigeführt wird, ist ethisch irrelevant.<sup>27</sup>

### **Dritte Frage: Wie soll Selbsttötung ethisch beurteilt werden?**

Die Kernfrage in der ethischen Debatte ist, ob das Selbstbestimmungsrecht des Menschen sein Recht auf Selbsttötung einschließt oder nicht. Mittlerweile vertreten etliche Ethiker diesen Standpunkt: Sie sehen keinen Grund, warum der Mensch den Zeitpunkt seines eigenen Todes nicht selber festlegen und sich das Leben nehmen darf. Ihre Argumentation geht vom dem aktuell wohl am stärksten in der Bioethik diskutierten Prinzip aus: dem Autonomieprinzip.

In der Neuzeit bis in die Aufklärung, in der die Rechte des Individuums in den Vordergrund traten, galt allgemein die Meinung, dass die Autonomie (= Selbstbestimmung) des Menschen nicht schrankenlose Willkür ist.<sup>28</sup> Selbstbestimmung meinte, dass diese von *anderen* Menschen nicht willkürlich eingeschränkt werden darf. Kant hat Autonomie als Selbstgesetzgebung der praktischen Vernunft definiert.<sup>29</sup> Mit der moralischen Selbstbestimmung

meint er aber nicht eine ungebundene oder gar begründungsfreie Autonomie, sondern eine Bestimmung des individuellen Willens, die zugleich als Gegenstand eines allgemeinen Willens gedacht werden kann.<sup>30</sup> Mit anderen Worten: Der autonome Mensch muss herausfinden, was vernünftig ist. Autonomie schließt konstitutiv die Bindung an die Sittlichkeit ein. Die Autonomie einer unvernünftigen Selbstgesetzgebung wäre daher unsittlich und keine Autonomie mehr, sondern eher Heteronomie, d. h. Fremdbestimmung.<sup>31</sup>

Die Selbstvernichtungsentscheidung stellt in Wirklichkeit eine Absage an die Freiheit dar. Schon bei Kant<sup>32</sup> ist der Selbstmord nicht Ausdruck von, sondern Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen, denn mit diesem Akt vernichtet sich ja gerade das Subjekt von Freiheit und Sittlichkeit selbst.

Das Selbstbestimmungsrecht setzt ein Selbst als Rechtssubjekt voraus, das sich selbst bestimmen kann. Die Frage ist nun, ob der Mensch, der keiner eigenen Selbstbestimmungshandlung seinen Ursprung verdankt – niemand hat sich selbst gemacht –, sich selbst vernichten darf. Anhänger eines materialistisch-evolutionistischen Menschenbildes, die keinen Bezug zum Leben als Gabe oder Schöpfung kennen und den Menschen bloß als Produkt des Zufalls ansehen, sagen: „Warum nicht?“ Schließlich sei jedes Individuum ein Zufallsprodukt, wer mit sich selbst nicht zu Rande komme, sei ein Opfer der Evolution. Eine Form der Anpassung sei eben die Selbstvernichtung. Das klingt zynisch, ist aber nichts anderes als ein konsequent zu Ende gedachtes materialistisch-evolutionäres Weltbild. Dieses ist zutiefst deterministisch, es leugnet die Freiheit, d. h. es leugnet die Autonomie und die Selbstbestimmung, die sie als rein psychologisch einstufen.

Halten wir fest: Mit bekennenden Materialisten hat es wenig Sinn, über Euthanasie, Töten auf Verlangen oder den Suizid zu debattieren. Es fehlt ihnen das Fundament, um geistige Vollzüge, Verstand und Willen ausreichend erklären zu können.

Wenn sie dennoch von der Autonomie des Menschen und von Selbstbestimmung sprechen, sind sie inkonsequent.

Wo ist die Logik, wenn man – unter Rekurs auf die Autonomie – die Freiheit, d. h. das Subjekt dieser Freiheit vernichtet? Ein Recht auf Selbstvernichtung müsste daher unabhängig vom Selbstbestimmungsrecht begründet werden. Letzteres legitimiert autonome Entscheidungen, zu tun und zu werden, was vernünftig, d. h. sittlich richtig ist. Selbstvernichtung als autonome Entscheidung ist die radikalste aller Entscheidungen des Menschen, der sich gegen sich selbst, für das Nicht-weiter-Sein und für das Nicht-weiter-frei-Sein entscheidet. Sie steht im krassen Gegensatz zum allgemeinen Naturgesetz eines jeden Lebewesens, nämlich zum Selbsterhaltungstrieb und auch – ganz wichtig – zur Sozialität.

Noch im 20. Jahrhundert galt es als unumstritten, dass eine innere selbstvernichtende Kraft, die stärker als der Selbsterhaltungstrieb ist, nur mit einer Psychopathie begründet werden kann. Selbstvernichtung bedeutet auf der anderen Seite einen gewalttätigen Identitätsbruch, nämlich die Wendung gegen sich selbst und gegen alle. Denn jeder Mensch ist zugleich Mit-Mensch.

Der Mensch hat das Privileg der Freiheit (und konsequenterweise die Verantwortung für sein Tun) erhalten. Dies begründet seine Würde: „Menschenwürde“ hält den Raum offen, innerhalb dessen der Vorrang des Selbstseins vor dem Etwas-Sein und damit das auszeichnend humane, das freiheitliche Niveau eines menschlichen Selbstverhältnisses allererst möglich ist.<sup>33</sup> Dies ist die Perspektive, aus der sich nun die Frage stellt, wie die Selbstbestimmungsentscheidung, endgültig aus der Freiheit herauszutreten, als angemessen betrachtet werden kann.

Der Selbstmord hat auch eine tragische Note: In ihr instrumentalisiert sich der Mensch selbst. Er sieht sich selbst nur noch als Mittel, um einen wünschenswerten Zustand zu erreichen. Versagt dieses Mittel, dann rafft er sich selbst aus dem Leben. Wir

stehen aber zu unserem eigenen Leben, das die Bedingung jedes instrumentellen, auf Zweck hinggerichteten Handelns ist, nicht nur in einem rein instrumentellen Verhältnis.

Fazit: Ein Selbstvernichtungsrecht scheint mit einem Selbstbestimmungsrecht nicht kompatibel, im Gegenteil: Es würde die Selbstbestimmung permanent gefährden. Beide schließen also einander aus.

#### **Vierte Frage: Wie ist die Mitwirkung von Angehörigen, Ärzten und Pflegenden beim FVNF ethisch zu beurteilen?**

Aus den vorhandenen 25 Berichten geht hervor, dass Angehörige und Ärzte und sehr stark in den Prozess von FVNF involviert werden. In fast allen Fällen hat der Prozess erst dann begonnen, sobald die Angehörigen, die meistens anfänglich Widerstand leisteten, den Wunsch des Sterbewilligen akzeptiert und volle Unterstützung zugesichert haben. In manchen Fällen waren es die Angehörigen, die über die Möglichkeit von FVNF recherchiert und den Sterbewilligen informiert haben. In der Regel haben sich auch die Ärzte kooperationswillig gezeigt. Nur in einigen wenigen Fällen kam Widerstand oder sogar Ablehnung vor (Fallbericht 15). Die Pflegepersonen waren in den Entscheidungsprozess kaum involviert. Erst wenn die Entscheidung feststand und der Sterbeprozess zu Hause stattfand, wurden in einigen Fällen Dienste von ambulante Palliativpflegeteams in Anspruch genommen. Denn in Pflegeheimen ist Sterbefasten nicht gerne gesehen. In manchen Fällen (Fallberichte Nr. 1, 9 und 20) wird von einer nicht optimalen Pflegeleistung auf Grund des Widerstandes des Pflegepersonals gesprochen.

Die rechtliche Lage ist klar: Wo die Beihilfe zum Suizid gesetzlich erlaubt ist (wie in Deutschland), kann eine Unterstützung von FVNF keine strafrechtlichen Konsequenzen nach sich ziehen. Nicht so in Österreich, wo die Beihilfe zum Suizid verboten ist. Hier steht vor allem die ethische Seite im Fokus. Wenn man davon ausgeht (siehe

Frage 3), dass Suizid prinzipiell ethisch nicht vertretbar ist: Dürfen dann Angehörige, Ärzte und Pflegepersonen in diesen Sterbeprozess involviert werden? Und wenn ja, inwiefern und wie weit darf die Mitwirkung gehen?

#### **Zur Mitwirkung der Ärzte**

Einige Experten vertreten die Ansicht, dass FVNF „keine aktive Mitwirkung des begleitenden Arztes bei der Beendigung des Lebens des Patienten erfordert und den Arzt keinem Vorwurf aus Gründen der Verletzung berufsrechtlicher oder anderweitiger Normen aussetzt. Die Mitwirkung des Arztes beschränkt sich auf palliative Hilfen und die Behandlung eventueller Komplikationen.“<sup>34</sup>

Es mag stimmen, dass in jenen Ländern, wo die Gesetzgebung und die berufsethischen Kodizes die Beihilfe zum Suizid erlauben, der Arzt den Patienten bei FVNF ohne strafrechtliche Konsequenzen für seine Berufsberechtigung begleiten darf. Doch nicht alles, was legal ist, muss auch deshalb auch ethisch vertretbar sein.

Der deutsche Medizinethiker Ralph Jox hat zur Klärung der moralischen Verantwortung, d.h. der Zulässigkeit der Mitwirkung des ärztlichen Begleiters im FVNF-Sterbeprozess, vier verschiedene Szenarien beschrieben.<sup>35</sup> Diese Szenarien sind praxisnahe und kommen in den 25 Fallberichten auch vor:

- A. Der Arzt regt FVNF als eine Möglichkeit zum Sterben an, wenn der sterbewillige Patient sie nicht kennt oder nicht in Erwägung gezogen hat (Ermunterung).
- B. Der Arzt sagt zu, die Symptomkontrolle und -linderung und jede andere Art des medizinischen Beistands zu übernehmen, wenn der Patient zu essen und zu trinken aufhört. Der Patient entscheidet sich für FVNF erst, wenn er diese Zusage erhalten hat (Zusage).
- C. Der Patient hat bereits zu essen und zu trinken aufgehört, würde aber den Prozess unterbrechen, wenn er keine Symptomlinderung und jede andere Art vom medizinischen Beistand erhalten würde (Unterstüt-

zung zur Fortsetzung).

- D. Der Patient hat bereits zu essen und zu trinken aufgehört und möchte Symptomlinderung und andere Art vom medizinischen Beistand, würde aber weitermachen unabhängig davon, ob er den Beistand bekommt oder nicht (entscheidungsunabhängiger Beistand).

Für Jox et al. handelt sich bei A bis C um einen instrumentellen Beitrag zur Tötung; in der Sprache der Ethik wird dies als formelle Mitwirkung bezeichnet. Nicht der Fall ist dies bei D (materielle Mitwirkung).<sup>36</sup> A, B und C wirken an der Entscheidung mit, sie sind damit ein Teil des Prozesses. Durch die Ermunterung, die Zusage oder die Unterstützung bei der Fortsetzung kommt der Prozess erst zustande. Es wird auch eingewandt, dass der Arzt in der zugesagten Begleitung „nichts tut, was er nicht auch sonst bei der Betreuung und Versorgung Schwerkranker täte“<sup>37</sup>. Das ist nicht so eindeutig. Es könnten bei einem Schwerkranken Maßnahmen indiziert sein, die lebensverlängernd wirken, z. B. bei einer schweren Austrocknung Infusionen zu geben. Das wird der begleitende Arzt bei FVNF nicht tun. Und selbst wenn solche lebensverlängernde Maßnahmen *lege artis* vermieden werden könnten, ändert das nichts am ethischen Befund: Die Betreuung und Versorgung ist sittlich von der entscheidenden Mitwirkung (A – C) des Arztes an dem Prozess geprägt, d. h. von der Tatsache, dass der Arzt die Absicht des Patienten teilt.

Bei Szenario D wirkt der Arzt nicht an der unwiderruflichen Entscheidung mit, er wird vielleicht dem Sterbenden empfehlen müssen zu essen und zu trinken und darüber hinaus auch andere lebensverlängernde Maßnahmen, die *lege artis* indiziert sind. Ein Ernährungszwang kommt aber nicht in Frage: Das Gewissen des zurechnungsfähigen Patienten muss bedingungslos respektiert werden.<sup>38</sup> Szenario D unterscheidet sich damit wesentlich von A – C.

Ist dann ein Arzt im Falle D verpflichtet, den Sterbewilligen zu begleiten? Manche sprechen sich für eine solche Verpflichtung aus,<sup>39</sup> wobei

diese Position in Frage gestellt werden muss. Denn obwohl der Arzt im Szenario D die ärztliche Begleitung des Sterbewilligen ohne ethische Bedenken übernehmen könnte, wäre es völlig legitim, dass er sie aus Gewissensgründen auch ablehnt (Gewissensvorbehalt). Dann müsste man seine Gewissensentscheidung akzeptieren. Auch die autonomen Entscheidungen des Arztes verdienen Respekt und Achtung, deshalb darf es keinen Zwang zur Begleitung geben.

### Zur Mitwirkung der Angehörigen

Mit einem Arzt wird ein Behandlungsvertrag geschlossen, der auch aufgelöst werden kann. Der Arzt kann eine Behandlung auch ablehnen, wenn keine Gefahr in Verzug ist, wie es im Allgemeinen beim Sterbefasten der Fall ist. Mit den Angehörigen verhält es sich anders. Das Band zwischen dem Patienten und den Angehörigen ist von ganz anderer Natur als jenes zwischen Arzt und Patient. Sie dürfen ihre Verbundenheit und Solidarität nicht aufkündigen, am Allerwenigsten in Notsituationen. Der Sterbewillige braucht den menschlichen Beistand und die Geborgenheit, die Zuneigung und die Unterstützung des Angehörigen, der sich nicht wegen Meinungsverschiedenheit bezüglich der Entscheidung für FVNF zurückziehen darf.

Wenn man in den vier Szenarien von Jox et al. die Rolle des Arztes durch jene der begleitenden Angehörigen ersetzt und dementsprechend anpasst, lässt sich auch die Mitwirkungsverantwortung der Angehörige in vier Szenarien differenzieren:

- E. Der Angehörige hat recherchiert und regt FVNF an, als eine Möglichkeit zum Sterben, wenn der sterbewillige Patient sie nicht kennt oder nicht in Erwägung gezogen hat (Ermunterung).
- F. Der Angehörige erklärt sich mit dem Wunsch des Sterbewilligen zum FVNF einverstanden. Der Patient entscheidet sich für FVNF, weil er die Zustimmung erhalten hat (Zustimmung).
- G. Der Patient hat bereits zu essen und zu trin-

ken aufgehört, würde aber den Prozess unterbrechen, wenn der Angehörige darauf besteht (Unterstützung zur Fortsetzung).

H. Der Patient hat bereits zu essen und zu trinken aufgehört und würde unabhängig davon weitermachen, ob er die Zustimmung bekommt oder nicht (entscheidungsunabhängiger Beistand).

F ist das gängigste Szenario bei den bereits besprochenen Fällen (vgl. Kapitel 2). In den Szenarien E und F ist die Haltung des Angehörigen ausschlaggebend für die Entscheidung zum Sterbefasten. Der Angehörige wirkt demnach bei der Tötung formell mit.

Bei Szenario G muss unterschieden werden, ob der Prozess schon zu weit fortgeschritten ist, so dass die Unterbrechung nutzlos bzw. mehr schaden als nützen würde. In diesem Fall bleibt dem Angehörigen nichts anderes übrig, als den Sterbefastenprozess *nicht zustimmend* zu akzeptieren. Der Angehörige sollte für eine Unterbrechung oder einen Abbruch, wenn dies möglich ist, plädieren, wenn er an der Tötungsentscheidung nicht mitwirken will.

Bei Szenario H kann der nicht zustimmende Angehörige einfach seine Liebespflicht erfüllen, respektiert die Entscheidung des Sterbewilligen, ohne sie zu teilen. Er darf sich aber nicht zurückziehen.

### **Zur Mitwirkung der Pflegenden**

Bei Fällen von FVNF im eigenen Haus sind in der Regel Pflegepersonen im Gegensatz zu den Angehörigen und Ärzten kaum an der Entscheidung beteiligt. Eine formelle Mitwirkung ist nicht vorhanden. Die Situation ist ähnlich wie für Ärzte in Szenario D. Die Pflegeperson kann ohne ethische Bedenken die Pflege übernehmen. Jeder sollte aber akzeptieren, dass Pflegenden aus Gewissensgründen eine Pflege ablehnen dürfen (Gewissensvorbehalt). Auch die autonomen Entscheidungen der Pflegeperson verdienen Respekt und Achtung, es darf keinen Zwang zur Begleitung geben.

Pflegeheime, aber auch Krankenhäuser sind immer mehr mit Fällen von Sterbefasten konfrontiert.

Zehn Berichte der in Kapitel 2 behandelten Fälle haben im Pflegeheim stattgefunden. In drei Heimen war die Pflegeleistung sehr gut, in weiteren vier Heimen nicht optimal, in den restlichen drei Fällen wird diesbezüglich nichts berichtet. Einiges spricht dafür, dass das Pflegepersonal in Heimen bei solchen Entscheidungen der Bewohner mehr oder weniger große Schwierigkeiten hat. Sie haben damit weniger ein ethisches als ein emotionales Problem, die Situation ist psychisch sehr belastend. Das Selbstverständnis der meisten Heime lautet, Menschen in der letzten Phase des Lebens zu unterstützen. FVNF gehört im Allgemeinen nicht zum Angebot der Heime. Pflegepersonen in Pflegeheimen oder Hospizen sehen ihren Auftrag in der Pflege und Begleitung von Sterbenden, nicht aber von Menschen, die aktiven oder „passiven Suizid“ begehen.

Wenn das Heimpersonal den Bewohner über FVNF als einer möglichen „Sterbealternative“ vor dessen Entscheidung informiert oder sogar dazu ermutigt und der Bewohner sich in der Folge tatsächlich dafür entscheidet, dann liegt ein Fall der formellen Mitwirkung bei Selbsttötung vor.

Aus ethischen Gründen ist es zugleich 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.

### **Referenzen**

- 1 Zum Indikator Arbeitslebenserwartung vgl. Lievre et al., *Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator*, J Nutr Health Aging (2007) Nov-Dec; 11(6): 508-14.
- 2 Statistik Austria, Lebenserwartung in Gesundheit, Daten aus 2014, vgl. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung\\_in\\_gesundheit/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html)
- 3 Hoekstra N. L. et al., *Bewertung und Akzeptanz des DVNF durch palliativmedizinische und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte durchgeführt*, Z Palliativmed (2015); 16: 68-73.
- 4 Kummer F. et al., *Reduktion von Therapie und Ernährung*

- bei Terminalpatienten, Imabe-Info 3/2017, [http://www.imabe.org/fileadmin/imabe-infos/pdf/Info\\_Reduktion\\_von\\_Therapie\\_und\\_Ernaehrung\\_bei\\_Terminalpatienten.pdf](http://www.imabe.org/fileadmin/imabe-infos/pdf/Info_Reduktion_von_Therapie_und_Ernaehrung_bei_Terminalpatienten.pdf).
- 5 Vgl. Feichtner A., *Wenn das Essen zum Problem wird- über die Ernährung am Lebensende*, Imago Hominis (2018); 25(2): 113-121.
  - 6 Chabot B., Walther Ch., *Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, 4. Auflage, Ernst Reinhard Verlag, München Basel (2015), S. 56.
  - 7 Ebd., S. 57.
  - 8 Zur Nieden Ch., *Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Eine Fallbeschreibung*, Mabuse Verlag (2017).
  - 9 Luckwaldt F., *Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten*, Ernst Reinhard Verlag, München (2018).
  - 10 Ebd., S. 118.
  - 11 Ebd., S. 100.
  - 12 Birnbacher D., *Ist Sterbefasten eine Form vom Suizid?* Ethik Med (2015); 27: 315-324
  - 13 Vgl. Zur Nieden Ch., siehe Ref. 8, S. 63 – 107; Luckwaldt F., siehe Ref. 9, S. 10 – 13, Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 60 – 80.
  - 14 Luckwaldt F., siehe Ref. 9, S. 105.
  - 15 Ebd., S. 61.
  - 16 Ebd., S. 94.
  - 17 Ebd., S. 100.
  - 18 Zur Nieden Ch., siehe Ref. 8, S. 149.
  - 19 Ebd., S. 79 ff.
  - 20 In Österreich ist kein Pflegeinstitut bekannt, in dem offensiv damit geworben wird.
  - 21 Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 133.
  - 22 Zur Nieden H. Ch., *Sterbekassen aus der Sicht eines Hausarztes*, in: Zur Nieden Ch., siehe Ref. 8, S. 91. Hans Christoph zur Nieden hat seine Schwiegermutter im FVNF-Prozess ärztlich begleitet. Er schreibt auch: Da auf deutschen Totenscheinen zwingend vorgeschrieben ist, die Tatsache des eigenen Todes mit einer pathologischen Diagnose zu verknüpfen („gesundes“ Versterben ist dort nicht vorgesehen), habe ich „Akutes Nervenversagen eingesetzt“ (S. 92)
  - 23 Walther Ch., *Ethische Aspekte des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit*, in: Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 135
  - 24 Rados Ch., *Erklärung der Präsidentin der Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)*, <https://www.springermedizin.at/gesundheitspolitik/komm-trockener-tod/15199380>.
  - 25 Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 42.
  - 26 Birnbacher D., siehe Ref. 12, S. 323.
  - 27 Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 135.
  - 28 Ausführliche Argumentation in vgl. Prat E., *Die Freiheit im Widerspruch: Ein Selbstbestimmungsrecht, sich selbst zu töten?* Imago Hominis (2014); 21(4): 245-248.
  - 29 Kant I., *Reflexionen zur Metaphysik*, Nr. 6070, Akad. Ausgabe 18, S. 443.
  - 30 Schockenhoff E., *Recht auf Leben – Recht zu sterben. Grenzen menschlicher Selbstbestimmung am Lebensende*, Imago Hominis (2001); 8(1): 23-30
  - 31 Prat E., siehe Ref. 28.
  - 32 vgl. Kant I., *Metaphysik der Sitten*, IV, 429 ff.; *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, VI, 421 ff.
  - 33 Hoffmann T. S., *Menschenwürde als Maßstab humaner Praxis. Einige prinzipielle Überlegungen zu einem stets aktuellen Begriff*, Imago Hominis (2006); 13(1): 37-48.
  - 34 Birnbacher D., siehe Ref. 12, S. 323; vgl. auch McGee A., Miller F., *Advice and care for patients who die by voluntarily stopping eating and drinking is not assisted suicide*, BMC Med. (2017); 15(1): 222; vgl. Auch Feichtner A., Weixler D., Birklbauer A., *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)*, Wien. Med Wochenschr (2018), <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0629-z>
  - 35 Jox T. R. et al., *Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethical justified?* BMC Medicine (2017); 15: 186.
  - 36 Die klassische Ethik unterscheidet zwei Arten von Mitwirkung: Formelle Mitwirkung ist dann gegeben, wenn der Mitwirkende die Absicht des Haupttäters teilt. Wenn es sich um eine moralisch verwerfliche Absicht handelt, kann eine solche Mitwirkung naturgemäß moralisch verwerflich. Man spricht von einer materiellen Mitwirkung, wenn der Mitwirkende die Absicht des Haupttäters nicht teilt. Auch diese kann nicht akzeptabel sein, wenn sie in einer Handlung besteht, die verwerflich ist. Materiell wirkt der Arzt bei einer FVNF mit, wenn er nicht im Entscheidungsprozess des FVNF mitgewirkt hat, diese auch ablehnt, aber palliativ dem Sterbenden durch Leidenslinderung und sonstige medizinische Begleitung beisteht.
  - 37 Chabot B., Walther Ch., siehe Ref. 6, S. 135.
  - 38 Birnbacher spricht davon, dass eine Weigerung des Arztes zur Begleitung nur zur Alternative des Ernährungszwangs führt. Das mutet apodiktisch an und stimmt in dieser Form nicht.
  - 39 Bickhard R., Hanke R. M., *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: eine ganz andere Handlungsweise*, Dtsch. Ärzteblatt (2014); 111(14): A590-592.