

1 **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF): Ein einleitender Überblick**

Michael Coors, Alfred Simon, Bernd Alt-Epping

1.1 **Der FVNF und die Suizidhilfe-Diskussion**

Nachdem der Deutsche Bundestag am 06.11.2015 nach langen gesellschaftlichen und politischen Debatten eine gesetzliche Regelung der Hilfe zur Selbsttötung beschlossen und im neuen § 217 StGB die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt hatte, standen sehr schnell Abgrenzungsfragen im Raum. Dazu gehört auch die Frage, was im Sinne dieses Gesetzes als Selbsttötung gilt und was nicht. Während sich relativ leicht klären lässt, dass Hilfe zur Selbsttötung klar von der palliativen Sedierung und von der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen aufgrund einer selbstbestimmten Willensäußerung der Patientin oder des Patienten zu unterscheiden ist, wird die Frage, ob der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel des Herbeiführens des eigenen Todes eine Form der Selbsttötung ist, unterschiedlich beantwortet und kontrovers diskutiert. Die unterschiedlichen Perspektiven auf diese Frage und die Konsequenzen der unterschiedlichen Antworten werden in den Beiträgen dieses Bandes ausgeführt – bewusst auch jenseits der im engeren Sinne juristischen Frage, wie der FVNF mit Blick auf § 217 StGB zu bewerten ist.

Die Diskussion wird dadurch verkompliziert, dass es primär nicht nur um die Frage geht, ob der FVNF eine Form des Suizids ist oder nicht, sondern darum, welche moralischen Verpflichtungen sich ergeben, wenn ein Mensch den Wunsch nach FVNF bzw. nach Begleitung beim FVNF äußert. Genau wie in der Diskussion um den Suizid und die Suizidhilfe geht es in erster Linie um die Frage, ob, und wenn ja, welche Hilfe gegenüber Menschen angebracht ist, die ihr Leben auf dem Weg des FVNF beenden wollen. Diese Frage hängt nun aber offensichtlich damit zusammen, wie der FVNF selbst bewertet wird. Diese Bewertung macht sich dann mitunter daran fest, ob der FVNF als Suizid begriffen wird oder nicht. Das heißt, die ethische Diskussion über den FVNF und die Hilfe dabei wird letztlich ausgehend von unterschiedlichen Bewertungen des Suizids und der Hilfe zum Suizid diskutiert – genau dies spiegelt sich darin, dass der FVNF in der deutschsprachigen Diskussion erst ausgehend von der neuen Gesetzgebung zur Suizidhilfe zu einem breiter wahrgenommenen ethischen Thema wurde.

Dieser »parasitäre« Charakter der Diskussion macht sie zum Teil besonders unübersichtlich, weil sich hier unterschiedliche Positionierungen zum Umgang mit Suizid und Suizidhilfe und unterschiedliche Positionen bezüglich des FVNF überlagern: So gibt es (1.) Positionen, die den FVNF als Suizid charakterisieren

und damit gegen ein Verbot der Hilfe zur Selbsttötung argumentieren und es gibt (2.) Positionen, die dieselbe Identifikation von FVNF und Suizid vornehmen, um damit den FVNF und die Begleitung hierbei zu problematisieren. Zugleich gibt es (3.) Positionen, die die Identifikation des FVNF mit dem Suizid ablehnen, sei es aus rein definitorischen Gründen, oder sei es, weil sie die Begleitung von Menschen beim FVNF deutlich von der Hilfe zur Selbsttötung abgrenzen wollen, die ihnen als ethisch problematisch gilt. Eine weitere (4.) Position sieht den FVNF zwar als eine Form des Suizids an, vertritt aber die Auffassung, dass die medizinische Begleitung dabei (zumindest in der Regel) keine Hilfe beim Suizid ist, sondern eine palliative Begleitung von Menschen, die sich durch den FVNF selbst töten.

1.2 Die Diskussion im internationalen und deutschsprachigen Kontext

Die Praxis des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit und die Diskussion darüber ist nicht neu, sondern hat durch die neue Gesetzgebung in Deutschland nur eine verschärfte Relevanz erfahren, die dann auch die ethische Diskussion forciert. In der internationalen Fachliteratur wird das Thema »Voluntary stopping eating and drinking« (VSED) schon sehr viel länger auch ethisch diskutiert (z. B. Bernat et al. 1993; Quill et al. 1997).

In Deutschland haben Chabot und Walther schon im Jahr 2006 ein Buch unter dem Titel »Ausweg am Lebensende« publiziert, das inzwischen in fünfter Auflage erschienen ist. Die Autoren plädieren – wie auch schon Bernat et al. (1993) – für die Option des FVNF als Alternative zur Suizidhilfe, insbesondere angesichts dessen, dass diese in den meisten Ländern verboten und für viele, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, eine ethisch problematische Option darstellt. Hier bietet für Chabot und Walther der FVNF einen Ausweg an, den sie auch als Weg des passiven Suizids kennzeichnen – eine Bezeichnung, die in der aktuellen Diskussion u. a. von Birnbacher (2015) aufgegriffen wird. Dass das Buch von Chabot und Walther inzwischen in fünfter Auflage erschienen ist, macht deutlich, dass hier offensichtlich ein Bedarf getroffen ist: Angesichts zahlreicher Probleme im Umgang mit schwierigen ethischen Entscheidungen am Lebensende gibt es Bedarf an »Auswegen am Lebensende«. Ob der FVNF in diesem positiv wertenden Sinn ein Ausweg ist oder ob er eine »palliative option of last resort« (Quill et al. 1997), also eine *ultima ratio* Option und keine Option neben anderen darstellt, ist sicher eine der wesentlichen ethischen Fragen, die in den Beiträgen dieses Bandes diskutiert wird.

1.3 FVNF oder »Sterbefasten«? Zur Begrifflichkeit

Für die deutsche Diskussion, insbesondere für die breitere öffentliche Wahrnehmung, sind darüber hinaus einzelne Erfahrungsberichte von betroffenen Angehörigen von Bedeutung (zur Nieden 2016; Luckwaldt 2018). Insbesondere in diesen deutschsprachigen Erfahrungsberichten wird der FVNF häufig als »Sterbefasten« bezeichnet, ein Begriff, der auch in der medialen Darstellung häufig Verwendung findet. Dieser Begriff ist aus mehreren Gründen problematisch: Zunächst darf man bezweifeln, dass der Begriff des Fastens eine angemessene Beschreibung des Vorgangs des FVNF ist. Denn Fasten bezeichnet zunächst »die völlige Enthaltung von Speise und (in der Regel) Trank aus kultischen Gründen« (Gerlitz et al. 1983). Religionsgeschichtlich stand dabei ursprünglich eine reinigende Funktion des Fastens im Vordergrund: Böse Geister und Dämonen sollten durch das Fasten vertrieben werden. Das Fasten konnte aber auch als Buße für begangene Sünden, aus Trauer oder mit dem Ziel der ekstatischen Gottesbegegnung geschehen (Gerlitz et al. 1983). Grundsätzlich zielt das religiös-kultische Fasten nie auf den Tod, sondern auf eine Vertiefung des (religiösen) Lebens und auf Reinigung von den Mächten der Sünde und des Todes.

Zum anderen zielt der Begriff »Sterbefasten« offensichtlich darauf, die ursprünglich positive moralische Bewertung des Fastens im religiösen Kontext auf den FVNF zu übertragen. Sowohl in seiner religiösen als auch in der säkularisierten Form ist Fasten in der Regel positiv konnotiert und es verbindet sich damit zugleich der Respekt vor der Leistung des Verzichts. Zudem könnte der Begriff des »Sterbefastens« im euphemistischen Sinne einen symptom- und belastungsfreien Prozess suggerieren, der aus klinischer Perspektive keineswegs gesichert ist. Das Thema des FVNF unter dieser Überschrift zu diskutieren, hieße also, die Frage der ethischen Bewertung tendenziell schon beantwortet zu haben und dementsprechend sind die einschlägigen Bücher und Onlineportale (wie z. B. www.sterbefasten.de), die unter dieser Überschrift zu finden sind, auch darauf ausgerichtet, den FVNF im positiven Sinne als einen Ausweg am Lebensende zu propagieren.

Eine solche Position zu beziehen, ist vollkommen legitim. Im besten Falle werden die damit getroffenen Entscheidungen ethisch reflektiert und begründet. Weil das Ziel dieses Bandes aber eine offene Diskussion über die unterschiedlichen Bewertungsmöglichkeiten des FVNF ist, greifen wir im Titel bewusst zu dem zwar sperrigen, aber dafür klar deskriptiven Begriff des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit.

1.4 FVNF und Ernährung am Lebensende

Mit diesem Begriff wird zunächst weitgehend klar beschrieben, worum es geht – zu ergänzen wäre lediglich, dass das Ziel des FVNF das Herbeiführen des eigenen Todes ist. Insbesondere die Betonung der Freiwilligkeit des Verzichts ist dabei alles andere als trivial, denn die Freiwilligkeit unterscheidet den FVNF deutlich von anderen, ähnlichen Phänomenen. Freiwilligkeit setzt nämlich zunächst voraus, dass eine bewusste Entscheidung für den Verzicht getroffen wurde. Dies trifft aber für viele, häufig hochaltrige, Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen oder anderweitig schwer kranke, sterbende Patientinnen und Patienten nicht zu, die aufgrund ihres körperlichen Gesamtzustandes keinen oder einen verringerten Bedarf an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr haben. Diese Menschen entscheiden sich nicht dafür, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, sondern sie essen und trinken einfach zunehmend weniger, weil sie keinen Hunger und keinen Durst mehr haben. Das kann mitunter auch pathologische Gründe haben, aber es ist in vielen Fällen ein ganz normaler Verlauf im hohen Alter, bei schwerer Krankheit und/oder am Lebensende.

Die Abgrenzung zwischen Fällen, in denen es sich um eine klare, freie Entscheidung zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit handelt und Fällen, in denen der Bedarf an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr schwindet, wird allerdings in der Praxis häufig auch fließend sein. Gerade darum stellen wir die Diskussion um den FVNF in diesem Band auch in den Horizont der weiteren Diskussion zum Umgang mit Ernährung am Lebensende überhaupt.

1.5 Zum Aufbau des Buches

Im ersten Teil des Buches finden sich an der Praxis orientierte Beiträge, die aus unterschiedlichen Perspektiven schildern, was bei der Begleitung eines Menschen beim FVNF zu beachten ist. Matthias Pfisterer stellt einleitend aus ärztlich-geriatrischer Perspektive einen Fall vor, um in die Problematik des Umgangs mit Fragen der Ernährung am Lebensende und mit dem FVNF einzuführen (► Kap. 2). Roland Hanke geht sodann alle aus hausärztlicher Perspektive relevanten Aspekte der Begleitung eines Patienten beim FVNF durch (► Kap. 3). Angelina Verhorst berichtet vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen als Pflegerin im Hospiz über die pflegerischen Herausforderungen in der Begleitung von Menschen beim FVNF (► Kap. 4). Barbara Schneider geht sodann aus psychiatrischer Perspektive darauf ein, was grundsätzlich im Umgang mit Todeswünschen allgemein und Suizidwünschen im Besonderen zu beachten ist (► Kap. 5). Diese praxisorientierten Beiträge sind natürlich nicht frei von moralischen Bewertungen, aber die ethische Diskussion dieser Bewertungen steht hier nicht im Vordergrund.

Im zweiten Teil des Buches rücken dann die moralischen Bewertungsfragen und ihre ethische Reflexion in den Vordergrund. Annette Riedel führt zunächst in ethische Fragen rund um die Ernährung am Lebensende insgesamt ein und verordnet das Thema des FVNF in diesem Kontext (► Kap. 6). Nina Luisa Hoekstra und Alfred Simon bieten dann einen Überblick über empirische Studien zum FVNF und stellen Ergebnisse einer eigenen empirischen Studie zu Erfahrungen und Einstellungen zum FVNF in der deutschen Ärzteschaft vor (► Kap. 7).

Die folgenden beiden Beiträge plädieren aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlicher Konsequenz dafür, den FVNF als eine Form des Suizids zu betrachten. Dieter Birnbacher versteht den FVNF als Suizid durch Unterlassen bzw. als »passiven Suizid« und spricht sich dafür aus, die Unterstützung beim FVNF ebenso wie die Hilfe zur Selbsttötung ethisch gleichermaßen als zulässig zu bewerten (► Kap. 8). Michael Coors argumentiert aus der Perspektive evangelischer Theologie dafür, dass die zentrale ethische Unterscheidung diejenige zwischen dem Herbeiführen des Todes und dem Zulassen des Sterbens ist und dass in diesem Sinne der FVNF zwar als eine Form des Suizids, aber die Begleitung eines Menschen beim FVNF in der Regel nicht als Suizidhilfe, sondern als palliative Begleitung gelten sollte (► Kap. 9).

Die letzten drei Beiträge in diesem Abschnitt differenzieren aus unterschiedlichen Perspektiven zwischen Suizid und FVNF. Zunächst begründet Oliver Tolmein seine juristische Einschätzung, dass der § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) sich nicht auf die Begleitung eines Menschen beim FVNF erstreckt (► Kap. 10). Gerald Neitzke zieht aus ethischer Perspektive Grenzen zwischen FVNF und Suizid, identifiziert aber auch Gemeinsamkeiten zwischen FVNF, Suizid und Therapiebegrenzung. Darum schlägt er vor, diese als unterschiedliche Formen eines selbstverfügten Sterbens zu verstehen (► Kap. 11). Abschließend grenzt Bernd Alt-Epping aus medizinischer Perspektive, ausgehend von palliativmedizinischen Kasuistiken, den FVNF vom Suizid ab (► Kap. 12).

1.6 Dank

Einige Beiträge dieses Bandes gehen auf Vorträge im Rahmen einer Tagung des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) in Hannover zurück, die dort am 16. März 2017 in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unter Leitung der Herausgeber dieses Bandes stattfand. So gilt unser Dank den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ZfG, insbesondere seiner damaligen Direktorin Dr. Andrea Dörries, dem Vorstand der DGP, insbesondere deren Präsidenten Prof. Dr. Lukas Radbruch, für die Unterstützung und Förderung der Tagung. Den Herausgebern der Münchner Reihe Palliative Care – Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, Prof. Dr. Monika Führer, Prof. Dr. Dr. Ralf

Jox und Prof. Dr. Maria Wasner – danken wir für die freundliche Aufnahme des Bandes in die Reihe und dem Kohlhammer Verlag für die Unterstützung bei der Erstellung des Bandes. Elin Scheel und Dorian Weber danken wir für die Unterstützung bei der Korrektur und formalen Bearbeitung der Beiträge. Insbesondere aber danken wir allen Autorinnen und Autoren für ihre Mitarbeit an diesem Band.

Literatur

- Bernat JL, Gert BG, Mogielnicki RP (1993) Patient Refusal of Hydration and Nutrition. An Alternative to Physician-Assisted Suicide or Voluntary Active Euthanasia. *Archives of Internal Medicine* 153: 2723–2731.
- Birnbacher D (2015) Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? *Ethik in der Medizin* 27: 315–324.
- Chabot B, Walther Chr (2017) *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*. 5. Aufl. München/Basel: Reinhardt Verlag.
- Gerlitz P, Mantel H, Hall SG, Crehan JH (1983) Art. Fasten/Fasttage. In: *Theologische Realenzyklopädie* Bd. 11, S. 41–59.
- Luckwaldt F (2018) *Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten*. München/Basel: Reinhardt Verlag.
- zur Nieden Chr (2016) *Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Eine Fallbeschreibung*. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Quill TE, Bernard L, Brock DW (1997) Palliative Options of Last Resort. A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia. *Journal of the American Medical Association* 278: 2099–2104.

Teil 1: Medizinische und pflegerische Grundlagen

2 Lebenssatt – die Sicht des Geriaters

Matthias Pfisterer

2.1 Respekt und Lebensqualität stehen im Mittelpunkt

In der Altersmedizin ist man häufig mit der Frage konfrontiert, ob die verminderte oder komplett eingestellte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eines hochbetagten Patienten als bewusste willentliche Entscheidung zu deuten ist oder ob sie Ausdruck einer evtl. reversiblen und behandelbaren Ursache ist. Insofern gilt es, in jedem einzelnen Fall abzuwägen, welche Intensität von Diagnostik und Behandlung für diesen individuellen Patienten angemessen ist, denn in jedem Fall müssen die Lebensqualität und der Respekt vor der unantastbaren Würde des betroffenen Menschen im Mittelpunkt jeglicher Überlegung stehen.

2.2 Hochbetagte sind besonders anfällig für Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Der Volksmund sagt: »Essen und Trinken halten Leib und Seele zusammen«. Das bringt sehr gut zum Ausdruck, dass der Genuss von Speisen und Getränken zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden beiträgt. Dies gilt besonders für multimorbide, gebrechliche ältere Menschen, bei denen eine unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme Ausdruck von relevanten Störungen der Gesundheit auf körperlicher, psychischer und/oder sozialer Ebene sein kann. Erschwerend kommt hinzu, dass auch gesunde Hochbetagte durch altersabhängige Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns, der Steuerung des vegetativen Nervensystems, der Aktivität und Durchblutung des Magendarmtraktes, der Produktion und Ausschüttung für die Verdauung bedeutsamer Hormone (Roberts und Rosenberg 2006), sowie Veränderungen des Zahnstatus eine Risikogruppe für verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme darstellen. Gerade die häufig zu findende Multimorbidität älterer Menschen führt dazu, dass unterschiedlichste Medikamente verordnet werden, die wiederum durch unerwünsch-

te Arzneimittelwirkungen wie Mundtrockenheit, Schluckstörung, Übelkeit/Erbrechen, Inappetenz oder Geschmacksstörungen zu verminderter Nahrungsaufnahme beitragen können. Ebenso zählen Einsamkeit, Depression, chronische Erkrankungen (z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder Herzinsuffizienz) und die verschiedenen Formen von Demenzerkrankungen zu den Hauptursachen von verminderter Nahrungsaufnahme und damit des Gewichtsverlustes bei alten Menschen (Löser et al. 2007).

2.3 Hochrisikogruppe Menschen mit Demenz

Besonders häufig sind Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz zu beobachten. In einer internationalen Studie konnte gezeigt werden, wie eng der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Demenzerkrankung und dem Ausmaß des Gewichtsverlustes bzw. der Nahrungsaufnahme ist. Dagegen erscheinen die Effektstärken von Vergleichen unterschiedlicher Regionen weltweit eher unbedeutend (Albanese et al. 2013). In einer anderen Beobachtungsstudie zum klinischen Verlauf fortgeschrittener Stadien von Demenzerkrankungen bei 323 Pflegeheimbewohnern zeigten in einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten 86 % der Menschen Essprobleme (Mitchell et al. 2009). Somit wird deutlich, dass Ernährungsprobleme bei weit fortgeschrittenen Demenzerkrankungen eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Sie können auch bei bester pflegerischer und dem Erkrankungsstadium angemessener Versorgung auftreten.

2.4 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme als Ursache für Konflikte mit Angehörigen

Im klinischen Alltag eines Geriaters und Palliativmediziners sind Probleme wie Inappetenz, Ekel vor dem Essen, vermindertes Durstgefühl, reduzierte Wachheit (Vigilanz), Übelkeit und/oder Erbrechen, Verstopfung, Schluckstörung und Desorientiertheit sehr häufig bei Patienten mit weit fortgeschrittenen chronischen onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen zu beobachten. Immer wieder kommt es in solchen Fällen zu konflikthafter Situationen zwischen Patient und Angehörigen oder Betreuenden, da sie Essen und Trinken als Garanten für ein Weiter- bzw. Überleben sehen und die Essenszubereitung häufig als Liebesbeweis verstanden wird. Die fehlende oder geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird dann schnell mit dem Verzicht auf Leben bezie-