

caritas

Ethische Perspektiven

Tod durch freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung (FVNF)

von

Pfarrer Jochen Wolff, M.A.E./

Mitglied im Ethikrat des Caritasverbandes Köln



für köln

Tod durch freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung (FVNF)

Ethische Perspektiven – Stellungnahme

INHALT

Abstract.....	1
Einleitung	1
1.) Die Frage nach dem Suizid: Worum handelt es sich beim Tod durch FVNF?	3
2.) Die Frage nach der Ethik: Wie ist ein Suizid durch FVNF ethisch zu bewerten?	5
Einschub: Moraltheologische Aspekte zum Suizid.....	6
3.) Die Frage nach der Assistenz: Worauf zielt die Unterstützungsleistung beim FVNF?.....	7
4.) Die Frage nach den ethischen Anforderungen an eine Begleitung	8
Anhang (Maria Hanisch) Pflegerische und medizinische Aspekte.....	9

Abstract

Der Tod durch den freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung wird als eine suizidale Handlungsform verstanden. Ethisch vertretbar ist sie als eine autonome Entscheidung eines Menschen insofern, als dass Autonomie nicht als Unabhängigkeit, sondern als Selbstbestimmung in Beziehung (relationale Autonomie) verstanden wird. Dabei ist die Begleitung eines FVNF nicht als Suizidassistenz zu werten, insofern sich das medizinisch-pflegerische Handeln auf die Linderung der Symptome bezieht. Die Voraussetzungen für eine ethische Akzeptanz eines FVNF erhalten ihre Plausibilität aus dem Verständnis eines freiwilligen Suizids. Dem Verständnis von Freiwilligkeit folgend sind schmerz- und leidverursachende medizinisch-pflegerische Aspekte, soziale Missstände, psychische Belastungen und spirituelle Schmerzen so gut wie möglich zu beheben, über Handlungsalternativen muss der Suizidwilige unterrichtet sein. Gerade angesichts eines ernsthaften Todeswunsches ist eine umfassende multiprofessionelle Begleitung zwingend geboten.

Einleitung

Nachdem das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung im Februar 2020¹ festgestellt hat, dass eine „Entscheidung, das eigene Leben zu beenden [...] von existentieller Bedeutung für die Persönlichkeit eines Menschen“² ist, steht rechtlich einer palliativmedizinischen und –pflegerischen Begleitung eines Todes durch den freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung (FVNF*) nichts entgegen. Auf rechtlicher Ebene ist dies insofern bedeutsam, als dass die Begleitung eines FVNF, insofern es sich dabei um eine Form des Suizids handeln könnte, möglicherweise bislang den Bereich der Suizidassistenz sowie bei Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung zum Zweck eines FVNF

*

Hierunter wird das Versterben eines Menschen verstanden, der sich bewusst dazu entscheidet, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um damit den Tod herbeizuführen. Ein Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht, wie er sich in einer präterminalen oder terminalen Krankheitsphase einstellt, als Folge von z.B. Schluckbeschwerden bei bestimmten Erkrankungen oder eine Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit aufgrund von Demenz ist damit nicht mitgemeint.

den Bereich der Geschäftsmäßigkeit berührte. Beides hätte gegen eine strenge Auslegung des § 217 StGB verstoßen.

Unabhängig von der rechtlichen Erlaubtheit der Begleitung eines FVNF stellt sich jedoch die Frage nach einer ethischen Bewertung dieser Form selbstbestimmten Sterbens. Zu klären ist dabei zunächst die Frage, ob es sich beim FVNF um einen Suizid handelt oder um einen natürlichen Tod. Daran an schließt sich die Frage nach der ethischen Beurteilung der Handlungsform selbst, sowie daraus abgeleitet die Frage nach der ethischen Bewertung der möglicherweise den Suizid unterstützenden sicher aber den Verlauf des Suizids begleitenden medizinisch-pflegerischen Maßnahmen. Schließlich sind die notwendigen Voraussetzungen zu nennen, unter denen das Versterben aufgrund eines FVNF ethisch vertretbar erscheint.

Da diese Stellungnahme durch den Ethikrat des Caritasverbands für die Stadt Köln initiiert wurde, soll auch die Position der Katholischen Moraltheologie in einem kurzen Exkurs und den daraus abzuleitenden Konsequenzen an einigen konkreten Stellen mitbedacht werden.

Dementsprechend gliedert sich die Stellungnahme in vier Abschnitte, deren Inhalte hier kurz zusammengefasst werden:

1.) Die Frage nach dem Suizid

Handelt es sich bei einem Tod aufgrund des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit um ein natürliches Versterben oder um eine suizidale Handlung? Dies soll dadurch geklärt werden, dass eine sachlich-deskriptive Definition des Suizids erarbeitet wird in Abgrenzung zu anderen Formen des Sterbens (natürlicher Tod), des selbstbestimmten Sterbens (Nicht-Einleitung einer lebensnotwendigen Behandlung oder Behandlungsabbruch in Übereinstimmung mit dem - vorausverfügten oder zumindest mutmaßlichen - Willen des Patienten), zum Unfall und zur Tötungshandlung. Dadurch können die für einen Suizid relevanten Kriterien herausgearbeitet werden, die sich schließlich auch als normativ bedeutsam erweisen.

2.) Die Frage nach der Ethik

Die früher geläufigen Bezeichnungen einer Selbsttötung als Selbstmord oder Freitod³ enthalten bereits eine normative Konnotation, insofern sie den Suizid als unmoralisch ablehnen oder als Ausdruck personaler Freiheit anerkennen. Daher ist im Anschluss an die unter 1.) erarbeitete Definition des Begriffs Suizid nach der ethischen Bewertung der Handlung selbst zu fragen. Weder haben Suizide etwas mit den niederen Beweggründen eines Mordes zu tun noch mit der heroischen Haltung eines Menschen, der in völliger Freiheit seinem Leben ein Ende setzen würde. Hinter Suiziden - und so auch hinter dem Tod durch FVNF - stehen in den allermeisten Fällen Leidenssituationen, aus denen der Suizidwillige keinen anderen Ausweg sieht, als seinem Leben ein Ende zu setzen. Damit entscheidet sich die ethische Akzeptanz am Verständnis von Autonomie und der Nachvollziehbarkeit dessen, was als gravierende und den Suizid begründende Einschränkung erfahren wird und benannt werden kann.

3.) Die Frage nach der Assistenz

Insofern es sich beim Tod durch FVNF um einen Suizid handelt, stellt sich die Frage, ob die medizinisch-pflegerischen Leistungen als eine Form von Suizidassistenz angesehen werden müssen oder kontextunabhängig als begleitende palliativmedizinische und palliativpflegerische Maßnahmen. Die Entscheidung hat Auswirkungen auf die Frage, ob eine Begleitung des FVNF den Helfenden freigestellt werden muss.

4.) Die Frage nach den ethischen Anforderungen an eine Begleitung

Aus der Beschreibung und aus der ethischen Bewertung der Handlungsform des FVNF ergeben sich Anforderungen, die an die Ermöglichung und Begleitung eines Menschen, der seinem Leben durch den FVNF ein Ende setzen möchte, zu stellen sind.

1.

Die Frage nach dem Suizid: Worum handelt es sich beim Tod durch FVNF?

Die Frage danach, ob ein FVNF als Suizid oder als ein natürliches Versterben zu bewerten ist, ist notorisch umstritten. Gegen das Verständnis des FVNF als eines Suizids sprechen vor allem phänomenologische Gründe.⁴ Kennzeichnend für einen Suizid sei demnach erstens die äußere Verursachung, d.h. dass der Tod z.B. aufgrund von Medikamenteneinnahme eintritt oder durch Gewalteinwirkung verursacht wird. Zweitens wird darauf hingewiesen, dass die zeitliche Nähe zwischen der äußeren Verursachung und dem Eintritt des Todes auf ein Minimum reduziert ist, so dass der Suizid als ein irreversibles Geschehen wahrgenommen wird.⁵

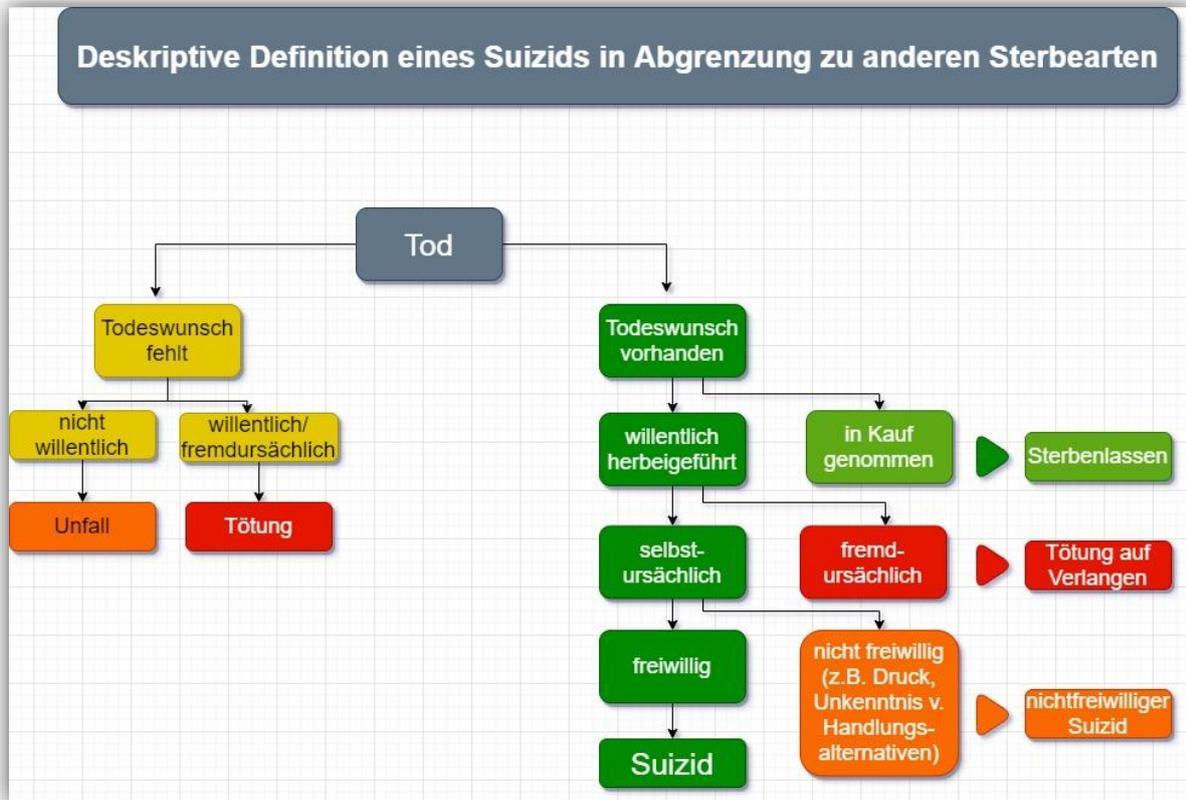
Dies ist nun beim Tod durch FVNF gerade nicht der Fall: eine äußere Verursachung im o.g. Sinne fehlt und zwischen Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und dem Eintreten des Todes liegen zumeist 7 bis 14 Tage, so dass über eine gewisse Zeitspanne der physiologische Prozess, der zum Tod führt, rückgängig gemacht werden kann.

Dennoch: auch wenn auf phänomenologischer Ebene hier deutliche Unterschiede in der Verursachung und im Verlauf des Versterbens durch FVNF und einer Selbsttötung beschrieben werden können, so sind doch damit keineswegs bereits die notwendigen und hinreichenden Kriterien benannt, die den Tod durch FVNF als nichtsuizidal kennzeichnen könnten.

Welche Kriterien zeichnen nun einen Suizid auf einer sachlich-deskriptiven Ebene als solchen aus? Zunächst einmal die banale Feststellung, dass jemand, der einen Suizid begeht, nicht an einer natürlichen Erkrankung verstirbt. Die Vermeidung, einen zum Tode führenden Krankheitsprozess zu erleiden, ist ja gerade angesichts einer schweren Erkrankung oder am Ende des Lebens nicht selten der Grund für einen Suizidwunsch. Natürlich verstirbt auch ein Suizidant in gewisser Weise an einer Erkrankung, z.B. an einem schweren Schädel-Hirn-Trauma bei äußerer Gewalteinwirkung oder an Multiorganversagen, aber es handelt sich dabei eben nicht um eine natürliche Erkrankung, sondern um eine *willentlich herbeigeführte (und insofern nicht-natürliche) Desintegration der Funktionen des eigenen Organismus*. Abzugrenzen davon sind Fälle, wo die aufgrund einer natürlichen Erkrankung entstehende Desintegration der vitalen Körperfunktionen *willentlich in Kauf genommen* (im Ggs. zu ‚willentlich herbeigeführt‘) und also nicht mehr durch medizinische Maßnahmen verhindert werden. Hier handelt es sich um ein Sterbenlassen.

Das führt zu der weiteren Frage, wer der Urheber einer willentlich herbeigeführten Desintegration ist. Für den Suizid ist entscheidend, dass der Suizidwillige *selbst der Urheber* jener Maßnahmen ist, die letzten Endes dazu führen, dass der Körper seine Lebensfunktionen nicht mehr ausüben kann. Ist der Urheber ein anderes Subjekt als der Suizidant selbst, handelt es sich nicht mehr um einen Suizid, sondern um eine Form von Tötung.

Daher ist der *willentliche Entschluss* eines Menschen, sich selbst das Leben zu nehmen, ein bedeutsames Kriterium. Gibt es den Willen zum Suizid nicht, kann auch nicht von einem Suizid gesprochen werden. Fehlt also der Suizidwunsch, dann handelt es sich entweder um ei-



nen Unfall (jemand nimmt versehentlich oder nichtwissentlich eine letale Dosis eines Medikaments), oder aber die herbeigeführte Lebensbeendigung geschieht gegen den Willen. Dies stellt eine strafbewehrte Form der Tötung im Sinne von §211 oder §212 StGB dar.

Der Wille desjenigen, der sich das Leben nehmen will, ist aber auch noch in der Hinsicht seines Zustandekommens relevant. So kann er *frei-willentlich im Sinne von freiwillig* sein oder aber nichtfreiwillig. Da der freie Wille die Möglichkeit zur freien Entscheidung voraussetzt, ist der Suizid als freiwillig zu bezeichnen, wenn jemand aus freiem Entschluss und in umfänglicher Kenntnis möglicher Handlungsalternativen sich zum Suizid entscheidet. Bei fehlender Kenntnis alternativer Handlungsoptionen, die geeignet wären, den Suizidwilligen von seinem Suizidwunsch abzubringen, oder bei Ausübung von Druck seitens Dritter handelt es sich um einen *nichtfreiwilligen Suizid*, der als solcher kaum justiziabel ist, für die hier zur Debatte stehende Frage aber ethisch relevant.⁶

Damit sind die notwendigen und hinreichenden Kriterien für einen Suizid benannt. Es handelt sich beim Suizid also um eine freiwillige, selbstursächlich herbeigeführte vorzeitige Lebensbeendigung.

Kommen wir zur Ausgangsfrage zurück: Handelt es sich nun bei einem Tod durch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um einen natürlichen Tod oder um eine Form von Suizid? Nach den bisherigen Überlegungen lässt sich folgendes feststellen: Insofern es sich beim FVNF 1.) um eine vorzeitige Lebensbeendigung handelt, deren Urheber 2.) der Sterbewillige selbst ist, der 3.) die Entscheidung zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

freiwillig trifft, d.h. in Kenntnis möglicher Handlungsalternativen und des Todes als Handlungsfolge, dann handelt es sich dabei auf einer rein sachlich-deskriptiven Ebene unzweifelhaft um einen Suizid.

2.

Die Frage nach der Ethik: Wie ist ein Suizid durch FVNF ethisch zu bewerten?

Hinsichtlich einer ethischen Bewertung des Suizids spielt die Bedeutung der Autonomie des Menschen eine gewichtige Rolle. Wird die Selbstbestimmung des Einzelnen zum höchsten Prinzip personaler Freiheit erklärt, dann ist der freiwillige Entschluss, seinem Leben selbstbestimmt ein Ende zu setzen, ein unter ethischer Perspektive per se adäquater Ausdruck dieser Autonomie. Dies trifft vor allem dann zu, wenn Autonomie als Unabhängigkeit verstanden wird, wonach ein autonomer Mensch seine Entschlüsse für sein Leben möglichst unabhängig von anderen Menschen trifft. Ein autonomer Mensch in diesem Verständnis ist ein Mensch, der eigentlich nach niemandem zu fragen braucht und also auch auf so gut wie keinen anderen Menschen Rücksicht nehmen muss. Dies gelte dann auch und möglicherweise gerade für eine so vollumfänglich und zutiefst die eigene Existenz betreffende Entscheidung wie der, einen Suizid zu begehen.

Autonomie in einer solchen Weise als radikale Unabhängigkeit zu verstehen, ist zwar gerade in der Diskussion um ein selbstbestimmtes Sterben verbreitet, sie entspricht aber nicht unserer im ‚normalen‘ Leben zumeist gelebten Form von Selbstbestimmung. Entscheidungen im Leben treffen wir nicht in völliger Unabhängigkeit von anderen, zumal uns wichtigen Menschen, sondern in Kontakt und Auseinandersetzung mit ihnen: Wir bitten um Rat, wir fragen andere nach ihrer Meinung und diskutieren mit ihnen, wir beziehen andere Perspektiven mit ein, wir wägen ab, wir verwerfen und akzeptieren andere Standpunkte und bisweilen lassen wir uns auch in unseren Entscheidungen von den Wünschen und Bitten anderer beeinflussen. Eine so verstandene relationale Autonomie, die unter Einbeziehung unterschiedlicher Aspekte zu einer Entscheidung kommt, erweist sich gleichzeitig als eine rational nachvollziehbare und vermittelbare.

Da es sich beim FVNF nicht um einen im Affekt vollzogenen Suizid handelt und nicht um einen Suizid aufgrund einer psychischen Erkrankung – in beiden Fällen ist es einem Suizidanten im Vorfeld des Suizids häufig aufgrund seiner psychischen Verfasstheit nicht möglich, über den konkreten Todeswunsch zu sprechen und dadurch Alternativen in seine Handlungsentscheidung mit einzubeziehen – hängt die ethische Akzeptanz eines selbstbestimmten Sterbens durch den FVNF daran, ob der Wille zum Suizid kommunikativ vermittelbar und rational und empathisch nachvollziehbar ist. Das heißt nicht, dass der Andere in derselben Situation ebenso handeln müsste, wohl aber, dass jemand verstehen können sollte, weshalb ein Mensch in seiner konkreten Lebenssituation sein Leben beenden will. Gerade aber in dieser Form eines kommunikativen Aushandlungs- und Verständigungsprozesses vollzieht sich die Autonomie eines Menschen, an dessen Ende ein Entschluss stehen kann – auch der Entschluss zum Suizid, der von den dem Menschen zugehörigen Personen zumindest potentiell verstanden, nachvollzogen und dann ggf. auch mitgetragen werden kann.

Dementsprechend wird die ethische Akzeptanz eines Suizids in dem Maße steigen, wie die Leidenssituation des Suizidwilligen nachvollziehbar, seine Lebenszeit begrenzt oder die Lebensqualität dauerhaft und in deutlichem Maße eingeschränkt ist.

Andererseits sollte eine solche Sichtweise jedoch nicht dazu führen, alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen und Hilfebedürftigkeit per se als akzeptable Begründung für einen Suizid anzuerkennen, auch wenn eine solche Auffassung gesellschaftlich weit verbreitet ist. Alter, Krankheit, Einschränkung, Hilfsbedürftigkeit gehören als *conditio humana* zur Natur des Menschen als einem sozialen und damit auf Unterstützung angewiesenen und der Vergänglichkeit ausgesetzten Wesen und müssen keineswegs zwangsläufig als untragbarer Leidenszustand angesehen werden.

Einschub: moraltheologische Aspekte zum Suizid

Der Katechismus der Katholischen Kirche versteht das Leben des Menschen als von Gott geschenkt, verbunden mit der Verpflichtung, es dankbar entgegenzunehmen und zu erhalten. Demnach ist der Mensch nicht Eigentümer seines Lebens, sondern nur Verwalter eines ihm anvertrauten Guts, welches seiner Verfügungsgewalt entzogen ist. Dieser, dem Menschen natürlichen Neigung, widerspricht der Selbstmord. Insofern kommt dem Suizidverbot eine unbedingte Geltung zu.⁷

Dennoch nennt der Katechismus Ausnahmen, die zwar den Suizid nicht erlauben, die aber zu einer Minderung der Verantwortlichkeit des Suizidanten führen. Diese ist eingeschränkt bei schweren psychischen Störungen, bei Angst und schwerer Furcht vor einem Schicksalsschlag oder Qual.⁸

Der Verweis auf eine verminderte Verantwortlichkeit in existentiellen Ausnahmesituationen steht damit nicht im Gegensatz zur unbedingten Geltung des Suizids, setzt aber dem Geltungsumfang Grenzen.⁹ So mag es eben für den einzelnen Menschen eine Situation geben, die dauerhaft als so qualvoll empfunden wird, dass ihn eine ernsthaft bedachte Gewissensentscheidung zu dem Entschluss führt, dem Leben ein Ende zu setzen.

Gerade die kirchlichen Einrichtungen des Gesundheitssystems müssen daher der Ernsthaftigkeit einer solchen Lebensentscheidung Rechnung tragen. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Unverfügbarkeit eines von Gott geschenkten Lebens.

In diesem Sinne argumentiert auch die im Februar 2021 von der Pastorkommission der Deutschen Bischofskonferenz erarbeitete Handreichung zur Palliativen und seelsorglichen Begleitung von Sterbenden mit dem Titel „Bleibet hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Zum einen bewertet das Dokument den FVNF als eine Form des Suizids, da „der FVNF die wesentlichen Merkmale eines suizidalen Handlungsmusters“ zeigt und verweist in diesem Zusammenhang auf den Wert eines jeden Lebens, das als Geschenk Gottes ein fundamentales Gut und somit der vollständigen Verfügungsgewalt des Menschen entzogen ist. Andererseits wird aber anerkannt, dass es „denkbare Grenzsituationen geben [kann], in denen z.B. ein Heimbewohner trotz bester Pflege und Aufgehobenseins die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einstellt, um den Todeseintritt zu beschleunigen“.¹⁰

3.

Die Frage nach der Assistenz: Worauf zielt die Unterstützungsleistung beim FVNF?

In Abgrenzung zu Unterstützungsleistungen anderer Formen selbstbestimmten Sterbens wie das Bereitstellen einer letalen Dosis eines Medikaments (assistierter Suizid), der Verabreichung eines zum Tode führenden Medikaments (Tötung) oder das Einstellen lebenserhaltender Maßnahmen (Sterbenlassen) braucht es beim FVNF eine in dieser Weise aktive Form, damit der Tod eintreten kann, seitens eines Dritten nicht. Dementsprechend handelt es sich bei der medizinisch-pflegerischen Begleitung eines Sterbenden durch einen FVNF nicht um eine Assistenz oder Unterstützung der suizidalen Handlung selbst. Das medizinisch-pflegerische Handeln dient vielmehr der Linderung der v.a. durch die ausbleibende Flüssigkeitszufuhr hervorgerufenen Symptome wie Trockenheit der Mundschleimhaut, Schmerz, Angst oder Atemnot. Eine solche Form der Begleitung aber entspricht zutiefst dem Ethos ärztlich-pflegerischen Handelns, woraus sich eine starke Verantwortung des medizinischen und pflegerischen Personals, zur Symptomlinderung beizutragen, als Konsequenz ergibt. Dies gilt vor allem für Situationen, in denen ein Mensch angesichts einer schweren, die Lebensqualität stark beeinträchtigenden Erkrankung den FVNF durchführt.

Allerdings kann eine auf Symptomlinderung ausgerichtete Begleitung des Sterbens bei FVNF aber auch als entfernte Form der Mitwirkung angesehen werden, insbesondere dann, wenn die Gründe für einen Sterbewunsch durch FVNF allgemein schwer zu akzeptieren sind und / oder das Versprechen einer Symptomkontrolle die Entscheidung des Sterbewilligen positiv beeinflusst. In solchen Fällen wäre es sicher sinnvoll, die Begleitung des FVNF dem medizinischen und pflegerischen Personal freizustellen. Dies sollte aber in letzter Konsequenz jedoch nicht dazu führen, dass die Begleitung eines FVNF von allen Mitarbeitenden der Einrichtung abgelehnt und die für den Sterbewilligen notwendige palliativmedizinische und –pflegerische Unterstützung verwehrt wird. Für den unwahrscheinlichen Fall, dass ein Sterbewunsch nicht rationalisierbar und eine Akzeptanz in der Einrichtung nicht gegeben ist, sollte frühzeitig mit dem Bewohner über eine Verlegung gesprochen werden. Gerade in solchen Fällen scheinen eine vorherige Fallbesprechung bzw. die Einbeziehung des Ethikrates zwingend.

In kirchlichen Einrichtungen sind allerdings auch Werthaltungen zu respektieren, die einen Suizid als Verstoß gegen die Gottebenbildlichkeit des Menschen ablehnen, da das Leben eines Menschen als von Gott geschenkt grundsätzlich seiner Verfügbarkeit entzogen ist. Während kommunale oder staatliche Einrichtungen eine medizinisch-pflegerische Begleitung eines FVNF von Mitarbeitenden grundsätzlich erwarten können, müssen kirchliche Einrichtungen einer Position, wie sie die katholische Moraltheologie nahelegt, natürlich Rechnung tragen. Mitarbeitende, die aus religiösen Gründen die Begleitung eines FVNF nicht wahrnehmen wollen, dürfen daher nicht dazu verpflichtet werden.

4.

Die Frage nach den ethischen Anforderungen an eine Begleitung

Auch wenn keine grundsätzlichen ethischen Einwände gegen ein selbstbestimmtes Sterben aufgrund eines FVNF geltend gemacht werden können, so handelt es sich doch um eine Form des Suizids, an deren Ermöglichung und Begleitung aus ethischer Perspektive eindeutige Anforderungen zu knüpfen sind. An der Einhaltung und Umsetzung der im folgenden benannten Forderungen hängt die ethische Vertretbarkeit eines Sterbens durch den FVNF.

Um in einem hohen Maße sicherzustellen, dass der Entschluss zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit einem möglichst freien Willen eines Menschen entspricht, müssen im Vorfeld beeinflussende medizinische, psychische und soziale Defizite aufgedeckt werden. D.h. ärztlicherseits muss abgeklärt werden, ob medizinische Gründe dafür vorliegen, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beeinträchtigen. Die Selbstbestimmungsfähigkeit muss im Zweifelsfall durch ein fachpsychiatrisches Gutachten eingeholt werden. Soziale Faktoren wie Einsamkeit, fehlende Zuwendung seitens der Angehörigen, mangelnde Empathie der Mitarbeitenden, seelische und spirituelle Schmerzen sind zu identifizieren, mit dem Betroffenen zu besprechen und so gut wie eben möglich aufzufangen und zu beheben. Für die Akzeptanz alters- oder krankheitsbedingter Zustände von Hilfsbedürftigkeit muss geworben werden. Die Haltung naher An- und Zugehöriger muss eruiert werden, um eine ggf. altruistische Motivation zum FVNF aufzudecken.

Die Forderung der Freiwilligkeit setzt auch voraus, dass mit dem Betroffenen Handlungsalternativen erarbeitet oder besprochen werden und dass er über den Verlauf eines Sterbens durch FVNF informiert ist.

Die hier aufgeführten Anforderungen sind keineswegs banal und bedürfen einer hohen Sensibilität, Empathie, Sprach- und Resonanzfähigkeit für die Belastungen, unter denen ein Mensch leidet, der seinem Leben ein Ende setzen möchte. Der Zuzug von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal, von Psycholog*innen und Seelsorger*innen ist dringend geboten.

Unbedingt sollten die relevanten Themen und Fragen in einer ethischen Fallbesprechung ergebnisoffen und vor Beginn des FVNF reflektiert werden. Dies dient zum einen der Überprüfung, dass alle relevanten und notwendigen Maßnahmen ergriffen worden sind, die eine ethische Akzeptanz eines FVNF erfordert, zum anderen wird eine angemessene Transparenz in den Entscheidungs- und Handlungsprozessen hergestellt. Sofern das mit der Einzelfallprüfung betraute Gremium es wünscht, sollte dieses über den Verlauf des FVNF informiert werden.

Eine schriftliche Erklärung über den bewussten und freiwilligen Entschluss zum FVNF, über das Wissen um den Verlauf des FVNF, die Kenntnis von Handlungsalternativen, sowie über das Fehlen beeinflussender Faktoren sollte als Zusatz zur Patientenverfügung vom Betroffenen abgegeben werden. Dies schafft zum einen Sicherheit für die Phase der Nichteinwilligungsfähigkeit und dient nach der notwendigen Feststellung einer unnatürlichen Todesursache gegenüber der Staatsanwaltschaft als zusätzlicher Beleg für die Freiwilligkeit.

Die Frage, ob eine Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung zum Zweck eines FVNF juristisch erlaubt ist, kann nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts eindeutig bejaht werden. Schwieriger ist die ethische Bewertung vor allem, wenn an der Aufnahme der Wille zur

Durchführung eines FVNF hängt. Hierbei handelte es sich dann um eine genuine Unterstützung des Suizids, die, das wäre im Einzelfall zu prüfen, mit dem Wertekanon einer kirchlichen Einrichtung nicht vereinbar ist.¹¹ Gespräche mit dem Betroffenen könnten allerdings daraufhin wirken, den Entschluss zum FVNF nochmals zu überdenken, da sich in der Einrichtung die soziale Situation aufgrund des Eingebundenseins in eine Hausgemeinschaft und einer empathischen Zuwendung des Personals deutlich verbessern kann. Insofern der Entschluss nicht sozial, sondern medizinisch begründet ist, sind ausführliche Arztgespräche über die Möglichkeiten symptomlindernder Maßnahmen am Ende des Lebens sicher hilfreich. In diesem Sinne müsste die Aufnahme auch in einem kirchlichen Haus nicht kategorisch abgelehnt werden, vielmehr könnte an die Aufnahme die Bereitschaft geknüpft werden, die eigene Motivation zum FVNF nochmals kritisch und ergebnisoffen zu prüfen, sich den Angeboten der Einrichtung zu öffnen und auf das Angebot sozialer Kontakte einzulassen.

Abschließend noch die Frage, ob bei einem vorliegenden und durchhaltend geäußerten Todeswunsch auf die Möglichkeit eines FVNF von Seiten der Mitarbeitenden hingewiesen werden darf? Bei dieser Frage kommt nun stärker die Institution in den Blick und damit die Frage, ob sie es ihren Mitarbeitenden unter ethischen Gesichtspunkten erlaubt, Menschen auf diese Form des freiverantworteten Suizids aufmerksam zu machen. Die bisherige Argumentation in der ethischen Bewertung des FVNF zielte darauf hin, jeden Einzelfall zu betrachten und zu prüfen, ob die für die Begleitung notwendigen Voraussetzungen (Rationalisierbarkeit des Wunsches, bestmögliche Verbesserung der Lebenssituation, Wissen um Handlungsalternativen, Ausschluss von Druck) gegeben sind. Dies sind auch hier die notwendigen Bedingungen. Insbesondere dann, wenn zusätzlich mit dem Todeswunsch die Bitte nach assistiertem Suizid oder einer aktiven Tötung verbunden ist, kann in einzelnen Situationen die den Todeswunsch äußernde Person auf die Möglichkeit, durch den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus dem Leben zu scheiden, hingewiesen werden. Dies setzt aber ein Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitendem und Suizidwilligen voraus und kann, wie in allen anderen hier betrachteten Situationen, immer nur ultima ratio sein. Dieser aber sollte sich die Institution, auch eine kirchliche Institution, nicht versperren. Der FVNF als ultima-ratio-Möglichkeit, selbstbestimmt aus dem Leben zu scheiden, kann Menschen davon entlasten, auch noch die letzte, aus der erstpersönlichen Perspektive als untragbar empfundene Lebensqual ertragen zu müssen.

© Pfarrer Jochen Wolff, M.A.E.

Anhang (Maria Hanisch)

Pflegerische Herausforderungen

Für die pflegerische Betreuung von Patient*innen, die einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit durchführen, werden spezifische Herausforderungen genannt. Demnach nimmt die sorgfältige Mundpflege einen erheblichen Stellenwert ein, die erstens Infektionen der Schleimhaut im Mund- und Rachenraum vorbeugen und zweitens das Durstgefühl vermindern soll. Überdies muss eine sorgfältige Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden. Zudem ist es empfehlenswert, drei Tage vor oder zu Beginn des FVNF mit einem milden Abführmittel für eine Darmentleerung zu sorgen, da es bei Flüssigkeitsmangel zur Verstopfung (Impaktierung) von Darminhalt kommen kann und der geschwächte Patient die Kraft zum Stuhlgang später möglicherweise nicht mehr aufbringen kann. Gegebenenfalls muss geprüft

werden, ob dem/der Patient*in, sobald er/sie im Stadium der Bettlägerigkeit ist, ein Blasenkatheter appliziert werden muss. Als wichtig erachten wir darüber hinaus eine wirksame Prophylaxe vor einem Sturz aus dem Bett, für den bei geschwächten Patient*innen und bei Patient*innen, die im fortgeschrittenen Stadium des FVNF verwirrt sind, ein erhöhtes Risiko besteht.

Insgesamt ist es von Bedeutung, dass die Pflegenden, insbesondere in der Phase einsetzen der körperlicher Schwäche, auf die Wünsche der/des Patient*in eingehen und sie/ihn insgesamt unterstützen.

Medizinische Herausforderungen

Im Mittelpunkt der ärztlichen Begleitung steht die medikamentöse Linderung von Symptomen wie Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Schmerzen, Verwirrung oder starkem Unwohlsein. Bei Schlaflosigkeit kommen insbesondere Substanzen aus der Klasse der Benzodiazepine in Betracht. Die Schmerzbekämpfung kann mit verschiedenen Substanzen aus den Klassen der Cyclooxygenasehemmer (z. B. Paracetamol) und Opiate (Morphin oder Morphinderivate) durchgeführt werden. Bei Patient*innen mit extremem Gewichtsverlust (Kachexie) treten im fortgeschrittenen Stadium häufig erhebliche Schmerzen auf, die insbesondere durch Subluxationen der Gelenke infolge des Muskelschwunds, der zunehmenden Immobilität und der Veränderung des Bandapparates erklärt werden. In dieser Phase muss häufig für eine ausreichende Schmerzbekämpfung auf die Gabe von Opiaten zurückgegriffen werden. Diese Substanzen können neben einer atemdepressiven Wirkung allerdings gerade im Zustand des Hungerstoffwechsels und der Kachexie und insbesondere der Austrocknung (Exsikkose, Hypovolämie) auch eine ausgeprägte kreislaufdepressive Wirkung entfalten.

¹ BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/ 15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16 - Rn. (1 - 343), http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html, Zugriff am 10.02.2021.

² Ebd. Abs. 209.

³ Gleiches gilt auch für die den FVNF beschönigende Bezeichnung ‚Sterbefasten‘, bei der zudem noch eine religiöse und ebenso eine gesundheitliche Komponente mitschwingt, da im Allgemeinen unter ‚Fasten‘ etwas für den Körper Gutes verstanden wird (vgl. z.B. Heilfasten).

⁴ Vgl. Radbruch, Lukas, et. al., Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, 2019, https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf, 5.

⁵ Vgl. ebd.

⁶ Die Bezeichnung nichtfreiwillig meint in diesem Kontext etwas anderes als unfreiwillig. Während der Begriff nichtfreiwillig eher auf das fehlende Wissen von Handlungsalternativen abhebt oder auf ein soziales Klima verweist, das den Suizid für eine bestimmte Lebenssituation als gewünschte Handlungsoption propagiert, meint unfreiwillig, dass ein Versterben gegen den expliziten Willen eines Menschen herbeigeführt, der Mensch also gezwungen wird. Dabei würde es sich dann allerdings nicht mehr um einen Suizid handeln, sondern um eine Tötung.

⁷ Vgl. Katechismus der Katholischen Kirche, Abs. 2280, Katechismus der Katholischen Kirche - IntraText (vatican.va), Zugriff: 11.02.2021.

⁸ Vgl. ebd. Abs. 2282

⁹ Vgl. Schockenhoff, Eberhard, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg i. Br., 2013², 259f.

¹⁰ Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, „Bleibet hier und wachet mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021, 28f.

¹¹ Eine Aufnahme zum Zweck der Durchführung eines FVNF lehnt die Deutsche Bischofskonferenz ab. Vgl. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, „Bleibet hier und wachet mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden, Bonn 2021, 29.