

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als willentlich initiiertes Sterbeprozess

Jan Gramm, Institut für Palliativpsychologie, Frankfurt a.M

1 Das Dilemma: Ist der FVNF eine Form der Selbsttötung?

Im Mittelpunkt der Diskussion um den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) steht die Frage, ob es sich hierbei um eine Form der Selbsttötung handelt. Ohne Zweifel beabsichtigt ein Mensch, der bewusst die Einnahme von Nahrung und Flüssigkeit beendet, zu sterben. Trotzdem empfinden viele Palliativexperten es als unpassend, dies als Suizid zu bezeichnen. Einerseits vielleicht, weil der Begriff Suizid bzw. die Praxis der Selbsttötung gesellschaftlich negativ konnotiert ist, andererseits aber, weil die palliative Begleitung von FVNF sich anders anfühlt und gestaltet als etwa die Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid). Sie identifizieren sich nicht mit der Rolle Hilfe zu einer Selbsttötung zu leisten.

Selbst, wenn man weder gegen den Begriff noch mit der Praxis der Selbsttötung moralische oder ethische Einwände hat, führt die Einordnung des FVNF in ein Dilemma: Nach §217 (StGB) wäre dann die „geschäftsmäßige“ Begleitung bei FVNF eine Straftat. Palliativteams dürften dann diesen Weg nicht mehr befürworten und unterstützen.

Viele Palliativbegleiter empfinden dies als unstimmig: Der FVNF hat zwar den Tod als Ziel, ist aber dennoch keine Selbsttötung. Dies mag unlogisch klingen, wird aber plausibel, wenn man sich die Dynamik zwischen Patient und Behandler anschaut.

2 Der Beziehungsaspekt: Eine psychologische Dimension ethischer Fragen am Lebensende

Die Diskussion um den FVNF ist Teil der Sterbehilfedebatte. In dieser werden vorwiegend ethische, juristische und medizinische Gesichtspunkte diskutiert. Ein wesentliches Merkmal wird dabei allerdings wenig beachtet: Es handelt sich bei der Tötung auf Verlangen, Beihilfe zur Selbsttötung, Freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Unterlassen bzw. Beenden lebenserhaltender Maßnahmen immer um ein *Beziehungsgeschehen*.

Bei der Entscheidungsfindung und der Durchführung einer solchen Maßnahme ist die Berücksichtigung interpersoneller Aspekte daher fundamental. Dem individuell und subjektiv empfundenen Leid auf Seiten des Patienten steht die Abhängigkeit von einem (oder mehreren) Behandler entgegen. Denn wenn ein Patient keinen Suizid begeht, ist der sterbewillige Patient auf das Einverständnis seitens des Behandlers angewiesen.

Die Position des Behandlers ist für die Beurteilung der Frage, ob ein FVNF eine Form der Selbsttötung sei, von zentraler Bedeutung. Sie soll im Folgenden eingehend untersucht werden.

3 Das Leben beenden: Aggressionsenergie

Das aktive Beenden eines Lebens erfordert immer einen Aufwand an Energie. Da Leben grundlegend eben auf Leben ausgerichtet ist, handelt es sich um eine destruktive Form von Energie, also um Aggressionsenergie.

Wenn ein Leben auf natürliche Weise zu Ende geht, etwa weil der Betroffene hochbetagt und durch Schwäche gekennzeichnet ist, spielt die Aggressionsenergie keine große Rolle. Das Sterben kann dann als sehr stimmig und friedlich empfunden werden.

Stirbt ein Mensch aufgrund einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung, wird die Aggression häufig der Krankheit zugeschrieben. Dies wird umso mehr vorgenommen, je jünger der Patient ist und je rascher die Krankheit verläuft (entsprechend wird auf Seiten des Patienten, aber auch seitens der Behandler die aggressiv-kriegerische Begrifflichkeit des Kämpfens verwendet).

Abgesehen davon, dass der Sterbewunsch an sich eine Form von Autoaggression darstellt, braucht es zur Durchführung der Lebensbeendigung Aggressionsenergie. Diese Aggressionsenergie kann in Form von offener Gewalt in Erscheinung treten, oder aber verdeckt sein. Das Leben in einem einigermaßen stabilen Körper zu beenden, erfordert jedenfalls einen hohen Aufwand an Aggressionsenergie.

Bei der Selbsttötung äußert sich die Aggressionsenergie häufig in der Wahl der verwendeten Mittel. Sie zeigt nach der Tat auch im sozialen Umfeld als Aggressionen („das hätte er uns nicht antun dürfen“) oder als Schuldgefühle („hätte ich es verhindern können?“). Der Begriff der Selbst-Tötung weist auf diesen Sachverhalt hin: Es handelt sich eben um eine Tötung und nicht um einen Sterbeprozess.

Im Fall der Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) oder der Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) wird er durch den scheinbar technischen Ablauf des Geschehens - der Bereitsstellung einer tödlichen Substanz - verdeckt. Teilweise wird die Aggressionsenergie zwar nicht von den Protagonisten selbst (Patient und Beihelfer), dafür aber vom sozialen Umfeld des Patienten oder im Behandlungsteam wahrgenommen. Die zeigt sich dann in Vorwürfen wie „ihr habt ihn umgebracht“, in Ärger auf den Patienten („er hat uns missbraucht“) oder auch in Schuldgefühlen.

Im Fall des FVNF tritt der Aggressionsaspekt mehr in den Hintergrund, da die Aggressionsenergie nicht in Form einer Handlung oder einer Substanz *hinzugefügt* wird, sondern eine lebenserhaltende Handlung (Essen und Trinken) *weggelassen* wird. Im Unterschied zum Verhungern lassen handelt es sich auch nicht um Gewalt, da Essen und Trinken nicht vorenthalten werden, sondern aus freiem Willen heraus darauf verzichtet wird.

4 Selbstbestimmung und (Eigen-)Verantwortung

Da die vorzeitige Beendigung des Lebens grundsätzlich mit Aggressionsenergie verbunden ist, spielt diese auch im Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Behandler eine Rolle. Findet der vorzeitige Tod im Behandlungskontext statt, ist von Bedeutung, wie diese Energie zwischen den beiden Protagonisten verteilt wird. Je aktiver der Behandler wird, desto höher ist sein Anteil an der Aggressionsenergie.

Diese „Energieverteilung“ lässt sich auch als Verhältnis zwischen *Selbstbestimmung* und *Verantwortung* beschreiben: Wenn ein Patient aktive Sterbehilfe oder assistierten Suizid einfordert, nimmt er vollständige Selbstbestimmung bei gleichzeitiger Abgabe der Verantwortung in Anspruch (auch wenn juristisch gesehen beim assistierten Suizid die Tatherrschaft beim Patienten bleibt). Durch das Tätigsein übernimmt der Be-

handler die Aggressionsenergie und entlastet somit den Patienten. Die Eigenverantwortung des Patienten wird in den Verantwortungsbereich der Behandler überführt.

Der Begriff *Eigenverantwortung* beschreibt, in welchem Maß wir in einer gegebenen Situation unsere Bedürfnisse wahrnehmen, kommunizieren, für deren Erfüllung sorgen und dies mit unserem sozialen Umfeld abstimmen. Eigenverantwortung hängt immer mit Akzeptanz (von Unveränderlichem) und sozialer sowie ökologischer Verantwortung zusammen. Das Leben eigenverantwortlich zu führen bedeutet, seine (bewusst oder unbewusst getroffenen) Entscheidungen zu vertreten und nicht andere dafür verantwortlich zu machen. Es kann auch Ausdruck von Eigenverantwortung sein, eigene Grenzen anzuerkennen und Unterstützung anzunehmen. Dann wird ein Stück der Verantwortung bewusst abgegeben, die Eigenverantwortung in Fürsorge-Verantwortung überführt.

Auch bei der Palliativen Sedierung wird die Selbstbestimmung aufrechterhalten und die (Eigen-)Verantwortung an die Behandler abgegeben, allerdings mit dem Ziel der Leidenslinderung statt der Tötung.

Bei FVNF bewahrt der Patient ebenfalls die Selbstbestimmung, nimmt aber auch die Eigenverantwortung wahr, da er den Weg des Sterbens selbst geht und außerdem die Disziplin zum Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aufbringen muss. Diese Eigenverantwortung stellt einen Ausgleich für die Aggressionsenergie dar, denn der Patient zahlt gewissermaßen einen Preis für seine Entscheidung. Die Aggressionsenergie wird beim FVNF gleichsam sukzessive abgebaut. Der Vorgang unterscheidet sich von der Sterbehilfe eben darin, dass der Sterbewillige etwas unterlässt, die Behandler aber nichts hinzugefügen müssen, um den Tod herbeizuführen.

Beim natürlichen Sterbeprozess spielen Selbstbestimmung und Verantwortung keine Rolle in Bezug auf den nahenden Tod, denn dieser wird ja nicht forciert. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung werden vom Geschehen eingeschränkt. Die Selbstbestimmung wandelt sich in Akzeptanz, die Behandler übernehmen Fürsorge-Verantwortung, um den Sterbenden zu begleiten.

Die folgende tabellarische Aufstellung veranschaulicht die Verteilung von Selbstbestimmung und Verantwortung bei verschiedenen Situationen im Zusammenhang mit der Beendigung des Lebens:

Tötung auf Verlangen

Patient	Behandler
Selbstbestimmung-----	
-----	Verantwortung

Beihilfe zur Selbsttötung

Patient	Behandler
Selbstbestimmung-----	
-----	Verantwortung

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Patient	Behandler
Selbstbestimmung-----	
-----	Verantwortung

Unterlassen/Beenden lebenserhaltender Maßnahmen

Patient/Bevollmächtigte	Behandler
Selbstbestimmung-----	
-----	Verantwortung

Beenden von medizinischen Maßnahmen /
Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme im Rahmen des
Sterbeprozesses

Patient/Bevollmächtigte	Behandler
----- (Selbstbestimmung)-----	
-----	(Verantwortung)-----

Die Behandler sollten sich also sehr bewusst darüber sein, aus welchen Gründen sie aktiv zur Beendigung des Lebens beitragen, denn sie greifen eine Energie auf, die im Grunde zum Patienten gehört. Auch wenn es zunächst so scheinen mag, dass der Behandler doch nur ausführt, was der Patient wünscht, er diesem somit zu Diensten steht, übernimmt er damit einen großen Teil der Verantwortung.

5 Der richtige Zeitpunkt

Der für die Beendigung des Lebens benötigte Aufwand an Aggressionsenergie ist umso höher ist, je mehr der Organismus auf Leben ausgerichtet ist, je weiter ein Patient also vom Tod entfernt ist. Es stellt sich daher die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt einer lebensbeendenden Maßnahme. Je näher ein Patient dem natürlichen Todeszeitpunkt ist, desto weniger „Verstrickungspotenzial“ hat die Situation für den Behandler. Die Herausforderung für die Behandler ist also, den richtigen Zeit-

punkt für die Maßnahme zu finden. Denn die Grenzen zwischen Beihilfe zur Selbsttötung, FVNF und Palliativer Sedierung sind fließend. Wenn FVNF oder Palliative Sedierung zu früh angesetzt werden, handelt es sich im Grunde um Beihilfe zur Selbsttötung.

Es kann dabei durchaus Uneinigkeit zwischen Betroffenen (Patient und Angehörige) und Behandlern über den richtigen Zeitpunkt geben. Wenn der Leidensdruck beim Patienten so stark ist, dass er die Beendigung seines Lebens wünscht, aber der körperliche Zustand ein schnelles Ableben nicht wahrscheinlich macht, würde die Situation in die Nähe einer Beihilfe zur Selbsttötung gerückt. So kann es vorkommen, dass sich ein Patient für FVNF entschließt, jedoch nach wenigen Tagen aufgrund des quälenden Durstgefühls eine palliative Sedierung wünscht. Da der FVNF nicht die Symptomkontrolle, sondern das Beenden des Lebens zum Ziel hat, überträgt sich dieses Ziel auf die palliative Sedierung. Diese dient dann nicht mehr der Symptomkontrolle, sondern der Beendigung des Lebens. Der Patient übergibt die Verantwortung dann an die Behandler, welche damit unfreiwillig auch die Aggressionsenergie übernehmen.

6 Die Verantwortung der Behandler

Wenn die Behandler die Aggressionsenergie übernehmen, wird dies im Empfinden einzelner Behandler oder in der Teamdynamik zum Ausdruck kommen: Es fühlt sich „nicht richtig“ an. Wenn im Team Konflikte rund um die Frage der Richtigkeit einer Palliativen Sedierung oder der Begleitung beim FVNF entstehen, kann dies ein Indikator dafür sein, dass die Stimmigkeit dieser Maßnahme eingehend geprüft werden sollte - entweder hinsichtlich der Motivation (seitens Patient, aber auch seitens der Behandler) oder hinsichtlich des Zeitpunkts. (Bedenken gegen eine solche Maßnahme können natürlich auch aus weltanschaulichen Gründen geäußert werden oder aus einer Unsicherheit aufgrund fehlenden ethischen Wissens resultieren).

Das bedeutet, dass manchmal die Behandler die Richtigkeit (im ethischen Sinne) einer Maßnahme zur Beendigung des Lebens besser bewerten können, als der Betroffene selbst. Wenn die Behandler ihren eigenen Standpunkt bezüglich Sterbehilfe, ihre eigene Motivation für ihre Entscheidungen reflektieren, können sie ein Gefühl für die

Richtigkeit der Verantwortungsübernahme entwickeln. Es kann also vorkommen, dass die Behandler aus einer sorgfältigen ethischen Begründung heraus dem Wunsch des Sterbewilligen nicht nachkommen und ihm sein Leid zumuten. Gleichzeitig können sie die subjektive Unaushaltbarkeit des Leids anerkennen. Dieses Paradoxon kann manchmal durch den Kontakt auf der menschlichen Ebene (eben nicht in der professionellen Rolle des Arztes, der Pflegekraft, des Psychologen etc.) ausgeglichen werden. Dafür braucht es die authentische tiefe Verankerung des Begleiters im Leben. Und die Bereitschaft des Betroffenen sich auf dieses Kontaktangebot einzulassen. Das bedeutet nicht, dass der Betroffene sich durch eine gute Beziehung zu den Behandlern getragen fühlt und der Sterbewunsch verschwindet. Aber dass er die Haltung der Behandler respektiert, sich in seinem Leid gewürdigt weiß und seine Verantwortung zu sich nimmt, indem er den Weg selbst zu Ende geht. Wenn der Todeszeitpunkt näher rückt, mag der FVNF oder eine Palliative Sedierung eine stimmige Lösung darstellen.

7 FVNF als willentlich initiiertes Sterbeprozess

Da der FVNF hinsichtlich der Aggressionsenergie und des Beziehungsgeschehens deutlich mehr dem natürlichen Sterbeprozess gleicht als einer Selbsttötung bzw. der Beihilfe zu dieser, ist es nicht stimmig, FVNF als Selbsttötung bzw. Suizid zu bezeichnen.

Es handelt sich vielmehr um einen *willentlich initiierten Sterbeprozess*. Mit dieser Begrifflichkeit wird dem Charakter des FVNF entsprochen. Es gibt noch weitere Aspekte, die dies unterstreichen, etwa die Prozesshaftigkeit des Sterbens, welche die Dauer bis zum Todeseintritt und die Terminierung des Todeszeitpunkts beinhaltet (vgl. Tabelle 1).

Der FVNF ist keine Selbsttötung, sondern ein willentlich initiiertes Sterbeprozess. Die palliative Begleitung eines FVNF ist daher auch keine Beihilfe zur Selbsttötung, sondern eine palliative Begleitung wie bei anderen Sterbeprozessen auch.

Tabelle 1: Vergleich verschiedener Parameter zwischen unterschiedlichen Maßnahmen am Lebensende

	Selbsttötung	Tötung auf Verlangen	Beihilfe zur Selbsttötung (Assistierter Suizid)	Palliative Sedierung (beinhaltet Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit)	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	Unterlassen/Beenden lebenserhaltender Maßnahmen (Therapiezieländerung)	Beenden von Maßnahmen im Rahmen des Sterbeprozesses
Selbstbestimmung	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	--
Eigenverantwortung Pat.	hoch ↑	niedrig ↓	niedrig ↓	niedrig ↓	hoch ↑ (erfordert Durchhaltevermögen)	--	--
Verantwortung Behandler	--	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	niedrig ↓	i.S.v. Fürsorge hoch ↑	i.S.v. Fürsorge hoch ↑
Aggressionsenergie	hoch ↑	hoch ↑	hoch ↑	eher niedrig ↓	eher niedrig ↓	niedrig ↓	--
Ziel	Tod	Tod	Tod	Linderung	Tod	Tod	adäquate Behandlung
Herbeiführung des Todes	aktiv: Hinzufügen einer Substanz oder durch eigene Handlung	aktiv: Hinzufügen einer Substanz	aktiv: Hinzufügen einer Substanz	aktiv: Hinzufügen einer Substanz	passiv: Beenden lebenserhaltender Nahrung/Flüssigkeit	passiv: Beenden lebenserhaltender Maßnahmen	(Auswirkungen der fortschreitenden Erkrankung)
Aktivität der Behandler	keine möglich, hinterher: Konfrontation mit dem Leichnam	aktive Gabe von entsprechenden Mitteln	aktive Bereitstellung von entsprechenden Mitteln	Beratung, aktive Gabe von entsprechenden Mitteln, Symptomkontrolle	Beratung, Symptomkontrolle	Beratung, Symptomkontrolle	Symptomkontrolle
Risiko für Patient	bei Nichterfolg ggf. körperliche / geistige Einschränkungen	keines	keines	keines	anfangs keines, später evtl. Überforderung	--	--
Risiko für Behandler	--	Strafverfolgung, Einwirken auf Familiensystem	Einwirken auf Familiensystem	ggf. Einwirken auf Familiensystem, zu frühes Ansetzen	ggf. Einwirken auf Familiensystem, zu frühes Ansetzen	ggf. Einwirken auf Familiensystem	--
Rechtliche Konsequenz für Ärzte	keine	berufsrechtlich und strafrechtlich	ggf. berufsrechtlich und ggf. strafrechtlich (geschäftsm. AS)	keine	keine	keine	keine
Dauer	kurz (bzw. ohne Zeugen)	wenige Minuten	wenige Minuten	mehrere Tage bis Wochen	7 mehrere Tage bis Wochen	abhängig von Maßnahme, wenige Minuten bis mehrere Wochen	--
Terminierung	exakt	exakt	exakt	prozesshaft ab Entscheidung	prozesshaft ab Entscheidung	abhängig von Maßnahme exakt oder prozesshaft	--
Umkehrbarkeit	meist nein	nein	nein	in den ersten Tagen ja	in den ersten Tagen ja	abhängig von Maßnahme	--