

# Geleitwort von Dieter Birnbacher

Die Möglichkeit, in schweren und unumkehrbaren Leidenszuständen oder in hohem Alter sein Leben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken zu beenden, war lange Zeit wenig bekannt. Es ist jedoch ein uralter Weg, den insbesondere in der Antike Philosophen und Könige beschritten haben. Gegenwärtig nimmt das Interesse an dieser Form eines selbstbestimmten Sterbens auch in Deutschland deutlich zu. Ärzte, Hospize, Palliativdienste und Seniorenheime werden

zunehmend mit Wünschen von Patienten nach Unterstützung dieser Form des Sterbens konfrontiert; das diesem Thema gewidmete Buch von Boudewijn Chabot und Christian Walther „Ausweg am Lebensende“ von 2010 liegt bereits in sechster Auflage vor; in zwei anderen kürzlich erschienenen deutschsprachigen Büchern berichten die Autorinnen ausführlich über den Prozess des „Sterbefastens“ ihrer Mutter bzw. ihres Vaters; und Vortragsveranstaltungen zum Thema stoßen bei Ärzten, Pflegenden und realen und potenziellen Patienten auf gleichermaßen große Resonanz. Auch in der deutschsprachigen Medizinethik und dem deutschen Medizinrecht hat eine intensive Diskussion darüber eingesetzt, wie dieses Verfahren auf dem Hintergrund der etablierten Grundsätze von Medizinethik und -recht zu beurteilen ist.

Verantwortlich für die schnell wachsende Aufmerksamkeit dürften vor allem zwei Faktoren sein: Das zunehmende Interesse vieler Menschen, die selbstbestimmt gelebt haben, auch ihr Lebensende in die eigene Hand zu nehmen; und die seit 2011 bestehenden Beschränkungen von Alternativen durch berufs- und (in den Jahren zwischen 2015 und 2020) strafrechtliche Verbote.

In Deutschland ist nicht nur die Tötung auf Verlangen strafrechtlich verboten, sondern als verboten galt in den fraglichen Jahren auch die wiederholte Unterstützung der Selbsttötung von Sterbewilligen durch Ärzte und Sterbehilfegesellschaften. Darüber hinaus besteht seit 2011 im Zuständigkeitsbereich von zehn Landesärztekammern ein berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Hilfe bei der Selbsttötung.

Gegenwärtig gibt es im Umgang mit diesem Verfahren noch viele Unsicherheiten. Auch die Benennungen – von denen keine die Sache wirklich trifft – schwanken. „Sterbefasten“ hebt zwar mit der Intention, dadurch das Leben zu beenden, ein wesentliches Merkmal heraus. „Fasten“ legt aber fälschlicherweise nahe, dass der Tod durch den Verzicht auf Nahrungsaufnahme erfolgt, während dieser stattdessen in der Regel durch den Verzicht auf Flüssigkeit herbeigeführt wird. Auch das in der Fachdiskussion bisher dominierende Kürzel FVNF (Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) ist nicht vollständig befriedigend, da es nicht unterscheidet zwischen der Lebensbeendigung durch freiwilligen Verzicht auf Flüssigkeitsaufnahme und der Lebensbeendigung durch Verzicht auf künstliche Hydrierung, etwa durch eine Infusion. Außerdem unterschlägt dieser Ausdruck die für das Verfahren wesentliche

Intention auf Lebensbeendigung.

Unsicherheiten zeigen sich auch in der ethischen Bewertung – mit der Folge, dass viele einschlägige Institutionen zwischen Akzeptanz und Nichtakzeptanz des Verfahrens schwanken.

Unkontrovers ist, dass Ärzte und Pflegende verpflichtet sind, dem Patienten Hilfe zu leisten, sobald dieser den Prozess des Verzichts auf Flüssigkeit einmal aufgenommen hat und der Hilfe bedarf. Wie generell bei ärztlichen Hilfeleistungspflichten besteht diese Verpflichtung unabhängig davon, wie man das zu der Hilfsbedürftigkeit führende Vorverhalten des Patienten ethisch beurteilt.

Kontrovers ist, ob die Aufnahme des Prozesses durch einen Patienten innerhalb der eigenen Institution zugelassen werden muss. Aus den USA sind Fälle bekannt geworden, in denen Pflegeheime die Äußerung der Absicht, durch Sterbefasten zu sterben, mit der