



# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 Einleitung</b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.1 Problembeschreibung .....                                    | 1         |
| 1.2 Forschungsfragen .....                                       | 3         |
| 1.3 Forschungsziel.....  | 4         |
| 1.4 Methodik .....   | 4         |
| <b>2 Palliative Pflege</b> .....                                 | <b>7</b>  |
| 2.1 Begriffsdefinitionen und Zielsetzung.....                    | 7         |
| 2.2 Lebensqualität am Lebensende .....                           | 8         |
| <b>3 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit</b> ..... | <b>10</b> |
| 3.1 Definition und Beweggründe .....                             | 10        |
| 3.2 Allgemeine Daten.....  | 11        |
| 3.3 Entscheidungsfindung und Verlauf .....                       | 12        |
| 3.4 Klassifizierung und rechtliche Aspekte .....                 | 17        |
| 3.5 Rahmenbedingungen.....                                       | 20        |
| 3.6 Bedeutung für die Angehörigen.....                           | 24        |
| <b>4 Ethik</b> .....   | <b>27</b> |
| 4.1 Prinzipien ethischen Handelns .....                          | 28        |
| 4.2 Ethikkodex der Pflege .....                                  | 31        |
| <b>5 Diskussion</b> .....  | <b>33</b> |
| 5.1 Ethische Betrachtung des freiwilligen Verzichts .....        | 33        |
| 5.2 Die Rolle der Pflege beim freiwilligen Verzicht .....        | 35        |
| <b>6 Fazit</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>Literaturverzeichnis</b> .....                                | <b>I</b>  |
| <b>Anhang</b> .....  | <b>V</b>  |

# 1 Einleitung

## 1.1 Problembeschreibung

Menschen in einer palliativen Situation sind von einer unheilbaren, progredient verlaufenden Erkrankung betroffen und haben eine stark begrenzte Lebenserwartung (Kränzle et al. 2014). Das Ziel von Palliative Care ist es, diese Menschen ihren Wünschen entsprechend zu begleiten und ihr Leiden zu lindern (Kränzle et al. 2014). Jedoch ist trotz bestmöglicher palliativer Betreuung nicht garantiert, dass jedes Leiden auf ein Niveau reduzierbar ist, welches die betroffene Person als ertragbar empfindet (Klein Remane und Fringer 2013; Quill et al. 1997). Dies führt nicht selten dazu, dass Menschen in solch einer Lebenslage den Wunsch haben, das Sterben zu beschleunigen (Chabot und Walther 2015). Die Motive der Betroffenen sind vielfältig und nicht zwangsläufig auf eine desolate Palliativversorgung zurückzuführen. So beschreiben Monforte-Royo et al. (2011), dass bei einem Großteil der Menschen die physischen Symptome nicht vordergründig für den Sterbewunsch sind. Ursächlich schildern Betroffene zumeist die Angst vor Schmerzen oder nicht behandelbaren Symptomen, den Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen sowie nicht mehr die Möglichkeit zu haben, gewünschten Aktivitäten nachzugehen. Die Hintergründe für den Sterbewunsch scheinen in vielen Fällen existenzieller Natur zu sein, so auch der Würdeverlust, das Gefühl zur Last zu fallen, der Autonomieverlust und nicht zuletzt keine Kontrolle über den Zeitpunkt und die Umstände des Sterbens zu haben (Monforte-Royo et al. 2011).

Der Wunsch zu Sterben oder das Sterben zu beschleunigen (WTHD<sup>1</sup>) wurde nach internationalem Konsens wie folgt definiert:

“The WTHD is a reaction to suffering, in the context of a life-threatening condition, from which the patient can see no way out other than to accelerate his or her death. This wish may be expressed spontaneously or after being asked about it, but it must be distinguished from the acceptance of impending death or from a

---

<sup>1</sup> Wish to hasten death

wish to die naturally, although preferably soon. The WTHD may arise in response to one or more factors, including physical symptoms (either present or foreseen), psychological distress (e.g. depression, hopelessness, fears, etc.), existential suffering (e.g. loss of meaning in life), or social aspects (e.g. feeling that one is a burden).” (vgl. Balaguer et al. 2016, S.8)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) stellt eine Möglichkeit dar, das Sterben im Rahmen eines bewussten Prozesses zu beschleunigen und gegebenenfalls Leiden zu verkürzen (Fringer und Klein Remane 2013). Dabei wird jegliche Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit beendet und lediglich eine Flüssigkeitsmenge von 50 Millilitern zur Mundpflege verwendet (Chabot und Walther 2015). Der Tod tritt in der Regel nach sieben bis fünfzehn Tagen in Folge von Dehydratation und den damit einhergehenden Elektrolytentgleisungen ein (Chabot und Walter 2015).

Entscheidet sich ein Patient<sup>2</sup> für den FVNF, dann stellt dies für das Gesundheitsfachpersonal eine Situation dar, welche eine intensive Auseinandersetzung mit ethischen Prinzipien sowie eigenen Wertvorstellungen erfordert. Über das Verfahren und die Entscheidungsfindung bei betroffenen Patienten existieren derzeit weder Handlungsempfehlungen noch Leitlinien für Fachpersonal (Klein Remane und Fringer 2013; Bolt et al. 2015). Die Pflegenden erfahren während des Betreuungsprozesses jedoch oftmals vieles über Wünsche, Ängste und Wertvorstellungen der Menschen. Erfahrungsgemäß begleiten sie Patienten häufig über lange Erkrankungszeiträume und haben bei Entscheidungsprozessen eine wichtige Rolle bezüglich der Beratung. Eine professionelle Beratung erfordert jedoch in der Regel eine eigene Positionierung und Meinungsbildung zur Thematik und ist bestrebt Autonomie und Lebenspraxis des Patienten zu respektieren (Reibnitz et al. 2017). Ohne eine Auseinandersetzung mit dem FVNF gelangen Pflegende in einen moralischen Zwiespalt, sobald ein Patient sich mit dem FVNF beschäftigt oder sich für diesen Weg entscheidet. So kann eine professionelle Versorgung und Begleitung durch die Pflegenden enorm erschwert werden. Angesichts dessen ist unklar in welchem Rahmen Pflegende

---

<sup>2</sup>Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit die männliche Form benutzt, welche die weibliche Form grundsätzlich mit einbezieht.

einen Patienten in solch einem Fall beraten und unterstützen können und wie dieser Prozess in der Praxis begleitet werden kann. Zwar haben sich in der Vergangenheit bereits Menschen für diesen Weg entschieden, doch die Begleitung durch die Pflegenden fand anscheinend auf den Einzelfall konzipiert und individuell statt. Um einen Patienten beim FVNF begleiten zu können, müssen individuelle und ethische Grundwerte und Vorstellungen der Gesellschaft sowie der Berufspraxis elaboriert und diskutiert werden. Dies bedarf zudem eine intensive Auseinandersetzung mit der Rolle und Funktion der Pflege in der palliativen Pflege, beim Sterbewunsch und beim FVNF.

Nach Vorstellung der Forschungsfragen und Zielsetzung der Arbeit wird das methodische Vorgehen erläutert. Anschließend wird ein Überblick über die palliative Pflege, den FVNF und die grundlegenden ethischen Werte und Prinzipien ermöglicht. Diese werden im Nachhinein hinsichtlich ihrer Bedeutung bei dem FVNF gegenübergestellt und diskutiert. Letztlich sollen die Konsequenzen dieser Diskussion Aufschlüsse über die potenzielle Rolle der Pflege beim FVNF geben. Abschluss dieser Arbeit ist die Exploration dieser Erkenntnisse für das Pflegehandeln und ein und umfassendes Fazit.

## 1.2 Forschungsfragen

Aus der zuvor beschriebenen Problematik ergeben sich folgende klinisch relevante Forschungsfragen:

- 1. Welche grundlegenden ethischen Prinzipien und Werte sind bei der Begleitung des FVNF von Bedeutung?*
- 2. Welche Rolle können Pflegenden beim Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in der palliativen Pflege einnehmen?*
- 3. Inwieweit können Pflegenden Patienten im Rahmen dieser Entscheidungsfindung am Lebensende beraten und unterstützen und welche Kompetenzen werden diesbezüglich benötigt?*

### 1.3 Forschungsziel

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist die Identifizierung einer realisierbaren Rolle der Pflegenden bei dem Verlauf des FVNF. Dabei soll insbesondere in Bezug auf Palliative Care und das pflegerische Berufsverständnis dargestellt werden, welche ethischen und individuellen Werte bei diesem Prozess von Bedeutung sind. Des Weiteren soll erarbeitet werden, inwiefern Pflegende ihrer Profession entsprechend Patienten bei der Entscheidungsfindung zum FVNF beraten und unterstützen können. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen die Positionierung und Meinungsbildung zum FVNF für die Pflegenden erleichtern und die Relevanz der Auseinandersetzung mit ethischen und individuellen Wertvorstellungen für das Pflegehandeln aufzeigen.

### 1.4 Methodik

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde in dieser Arbeit eine literaturbasierte Ausarbeitung gewählt. Zu diesem Zweck wurde in ausgewählten Datenbanken strukturiert recherchiert und zusätzlich durch spezifische Handsuchen ergänzt.

Zur Annäherung an die Thematik erfolgte eine erste Recherche in der Datenbank Pubmed sowie über Google Scholar. Dies diente einer Orientierung bezüglich der verfügbaren Literatur zum FVNF. Zu diesem Zweck wurden vorerst folgende Suchbegriffe verwendet: *Palliative Care, wish to hasten death, wish to die, Voluntary refusal of foods and fluids to hasten death, Voluntary stopping eating and drinking, withdrawing food and fluids*. Darüber hinaus wurde eine Handsuche in der Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaft (HAW) und in der ÄZB (Ärztlichen Zentralbibliothek) des Universitätsklinikums Eppendorf durchgeführt. Ein Teil der zum Thema relevanten Literatur wurde überdies durch das Schneeballsystem ausfindig gemacht. Zusätzlich zur Identifikation grundlegender Fachliteratur, konnten in diesem Verfahren sieben relevante Quellen ausfindig gemacht werden. Anschließend wurde eine spezifischere Recherche bei Pubmed durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden folgende Schlagwörter für den FVNF verwendet: *VFFF, VSED, voluntary stopping eating and drinking, food and fluid refusal, voluntary refusal of food and fluids, refusing food and fluids*. Jedes dieser Schlagwörter wurde mit dem Boole'schen Operator **OR** verknüpft. Um den Bezug zur Rolle vom Gesundheitsfachpersonal beim FVNF herstellen zu können, wurde ebenfalls unter

folgenden Schlagwörtern recherchiert: *nurs\**, *care*, *end of life care*, *health care* und *palliative care*. Zur Verknüpfung wurde ebenfalls der Boole'sche Operator **OR** verwendet. Abschließend wurden beide Suchverläufe mit dem Operator **AND** verknüpft. Die strukturierte Recherche bei Pubmed ergab insgesamt 45 Treffer (A1). Von diesen sind 17 Artikel für die Thematik der Bachelorarbeit relevant. Da im Rahmen dieser Arbeit insbesondere die ethische Relevanz des FVNF herausgearbeitet werden sollte, erfolgte eine weitere Suche, um ethische Werte im Verlauf der Arbeit diskutieren und abwägen zu können. Zumal bei erster Literaturrecherche bereits nur eine limitierte Trefferzahl erreicht wurde, war zu erwarten, dass eine weitere Verknüpfung mit ethischem Schwerpunkt kaum relevante Treffer ergeben würde. Aus diesem Grund wurde für den ethischen Fokus eine separate Handsuche in der Ärztlichen Zentralbibliothek des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) sowie in der Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaft (HAW) Hamburg durchgeführt. Für die Recherche wurden folgende Schlagwörter verwendet: *Pflegeethik*, *Pflege und Ethik*, *Medizinethik*, *Ethische Prinzipien/Werte/Richtlinien*, *Ethik und Palliative Care* und *Ethik am Lebensende*. Auf diesem Weg konnte vor allem Fachliteratur mit ethischem Schwerpunkt ausfindig gemacht werden. Des Weiteren wurde in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der HAW (EZB) in der Zeitschrift ‚nursing ethics‘ mit den Schlagworten *food refusal*, *fluid refusal*, *refusing hydration* und *refusing nutrition* gesucht und schließlich zwei wissenschaftliche Artikel mit ethischem Fokus bezüglich des FVNF ausfindig gemacht.

Nach einer ersten Sichtung aller Abstracts konnten 27 von insgesamt 54 Artikeln ausgeschlossen werden (A2). Ausschlusskriterien waren anderssprachige Artikel als in deutscher und englischer Sprache, Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bei Dysphagie, Demenz, Essstörungen, Nierenerkrankungen und gastroenterologischen Erkrankungen sowie Duplikate. Anschließend wurden 27 Volltexte auf ihre Relevanz überprüft und nochmals vier aufgrund Unvollständigkeit, zu geringer Nachvollziehbarkeit oder schlechter Artikelqualität (beispielsweise fehlender Quellenbelege, etc.) ausgeschlossen. Letztlich wurden 23 Artikel für relevant befunden, dabei handelt es sich um drei quantitative Studien, 16 wissenschaftliche Experten- bzw. Diskussionsbeiträge (sechs mit integrierter Falldarstellung) eine Übersichtsarbeit sowie ein Systematic Review und zwei qualitative Studien.

Die Bewertung der quantitativen Literatur erfolgte hinsichtlich der Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität (Perkhofer 2016). Die qualitativen Studien wurden hinsichtlich Authentizität, Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit bewertet (Höhl 2016). Die Qualität und Limitationen der Literatur wird im Fließtext kenntlich gemacht und hinsichtlich der Relevanz zur Thematik begründet. Die methodische Güte des Systematic Reviews wurde anhand der methodischen Prinzipien des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) überprüft; diese findet sich im Anhang (A3) (SIGN 2017).

Die ebenfalls häufig in der Literatur über den FVNF diskutierten Methoden zur Beihilfe zum Suizid sowie aktive Sterbehilfe werden nicht im Fokus dieser Arbeit behandelt. Die Literatur, welche sich neben dem FVNF auch mit genannten Methoden den Tod zu beschleunigen beschäftigt, wurde zwar aus Gründen der Informationssammlung miteinbezogen, kann aber aufgrund der thematischen Abgrenzung und strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Begrenzung der Seitenzahl) nicht in Gänze diskutiert und aufgenommen werden.

Zunächst soll ein Einstieg in die Thematik über Begriffsdefinitionen und Ziele der palliativen Pflege erfolgen.

## 2 Palliative Pflege

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich in erster Linie mit Menschen, die sich in einer palliativen Erkrankungssituation befinden und aufgrund eines Leidens sowie subjektiv verminderter Lebensqualität den Wunsch haben, ihr Sterben zu beschleunigen. Zum besseren Verständnis wird zunächst das Konzept der Palliative Care erläutert und anschließend ein Einblick in die Bedeutung von Lebensqualität am Lebensende gegeben.

### 2.1 Begriffsdefinitionen und Zielsetzung

Die Bezeichnung ‚palliativ‘ wird auf das lateinische Wort ‚palliare‘ zurückgeführt, welches sinngemäß so viel bedeutet wie ‚bedecken‘ oder ‚lindern‘ (Schnell und Schulz 2014). Palliative Care ist ein Versorgungsansatz für Menschen, die an einer schweren, unheilbaren Erkrankung leiden, welche mit einer limitierten Lebenserwartung einhergeht (World Health Organization, 2002; Schnell und Schulz 2014). Die würdevolle Begleitung der letzten Lebensphase von sterbenden und schwerstkranken Menschen gilt als die Maxime der Palliative Care (Schnell und Schulz 2014). Da das Wort ‚Care‘ im englischen sowohl Sorge, Fürsorge, Pflege als auch Behandlung bedeuten kann, lassen sich die Dimensionen der Palliative Care dementsprechend ableiten. So beinhaltet Palliative Care jegliche professionelle Betreuung, sowohl von Seiten medizinischer, pflegerischer, psychologischer, spiritueller und soziologischer Kompetenz (Schnell und Schulz 2014; Kränzle et al. 2014). Die World Health Organization verfasste 2002 eine detaillierte Definition für den Versorgungsansatz der Palliative Care. Dieser beschreibt Palliative Care als einen Ansatz die Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen zu verbessern, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und den damit einhergehenden Problemen konfrontiert sind. Um dies erreichen zu können, stehen die Prävention und Linderung von Leiden durch frühzeitige Identifikation, sorgsame Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Beschwerden physischer, psychosozialer als auch spiritueller Natur im Fokus (World Health Organization 2002). Des Weiteren bezieht sich die Grundvorstellung von Palliative Care letztlich auch darauf Sterben und Tod als zum Leben dazugehörigen Prozess zu erkennen und zu erleben. Dieser Prozess soll weder beschleunigt noch verzögert werden (World Health Organization 2002; Schnell und Schulz 2014).

Palliative Pflege kennzeichnet sich, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, durch einen innigen und intensiven Kontakt zu dem Betroffenen und seinen Angehörigen (Schnell und Schulz 2014). Die primäre Aufgabe von palliativer Pflege ist die Erfassung bzw. Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse des betroffenen Menschen und die dementsprechende, gemeinsame Planung und Auswertung angemessener Maßnahmen (Kränzle et al. 2014). Zielsetzung der Maßnahmen sollte in erster Linie die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen sein (Kränzle et al. 2014). Schnell und Schulz (2014) führen als Aufgaben der Pflege außerdem eine symptomorientierte, emphatische Patientenbeobachtung sowie die Beziehungsgestaltung durch informierende und unterstützende Gespräche und letztlich auch die Unterstützung bei der Anpassung an die Folgen der fortschreitenden Erkrankung und die Minimierung der Auswirkungen des zunehmenden Kontrollverlusts an.

Da die Lebensqualität in der palliativen Pflege einen besonders hohen Stellenwert einnimmt, soll im folgenden Kapitel herausgestellt werden, was Lebensqualität am Lebensende bedeutet.

## 2.2 Lebensqualität am Lebensende

Die Definition von Lebensqualität ist aufgrund ihrer Multidimensionalität sehr komplex. Emotionales, funktionelles, gesundheitliches und soziales Wohlbefinden sind grundlegende Dimensionen der Lebensqualität. Zusätzlich setzt sie sich jedoch aus einer Vielzahl individueller Komponenten zusammen (Deutschinoff et al. 2005). Lebensqualität ist ein subjektives, emotionales Konstrukt. Die Komponenten, welche die persönliche Lebensqualität auszeichnen, sind nicht auf andere Menschen übertragbar (Kränzle et al. 2014). Fähigkeiten und Beziehungen können laut Kränzle et al. (2014) das Gefühl von Lebensqualität und Wohlbefinden ausschlaggebend beeinflussen. Ferner hängt das psychische Wohlbefinden eines Individuums häufig mit der Lebensqualität zusammen. Die persönliche Lebenssituation sowie Erkrankungen können die Lebensqualität maßgeblich beeinflussen. So können Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe oder Übelkeit großen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden und somit auf die Lebensqualität nehmen (Deutschinoff et al. 2005). Bedeutsam ist, dass trotz objektiv ähnlichem Gesundheitszustand Patienten sehr unterschiedliche Einschätzungen bezüglich ihrer Lebensqualität treffen. Dies hängt mit individuellen

Erwartungshaltungen und Verarbeitungsstrategien zusammen (Deuschinoff et al. 2005). Daher ist es entscheidend, dass die Lebensqualität immer aus Sicht der Betroffenen erhoben wird (Deuschinoff et al. 2005). Eine palliative Erkrankung kann sich sowohl auf das emotionale, funktionelle, gesundheitliche und soziale Wohlbefinden auswirken und so ist davon auszugehen, dass ein sterbender Mensch seine Lebensqualität aufgrund anderer Faktoren beurteilt. Dies führt in Betracht auf eine palliative Erkrankung letztlich auch zu der Frage, was einen ‚guten Tod‘ ausmacht und was Betroffene sich für ihr Sterben wünschen. Ebenso wie die Vorstellung von Lebensqualität ist auch die Auffassung von einem ‚guten Tod‘ sehr individuell. Kastbom et al. (2016) zeigen in ihrer authentischen, qualitativen Erhebung ‚a good death from the perspective of palliative cancer patients‘, dass viele Betroffene bei der Diagnose einer terminalen Erkrankung eine Neuordnung ihrer Sichtweise auf das Leben und seine Werte erfahren. So verstärkt sich der Fokus auf Liebe und Zuneigung für Freunde und Familie und auf das Gefühl ‚für den Moment leben‘ zu wollen. Für einen ‚guten Tod‘ wird die Relevanz der Vorbereitung betont, darin inbegriffen das Abschiednehmen von Angehörigen, das Vollenden unerledigter Angelegenheiten, das Niederschreiben von Wünschen und des Testaments sowie die Vorbereitung von Familie und Freunden auf die kommenden Ereignisse (Kastbom et al. 2016). Inwieweit dies erfüllt werden kann, hängt jedoch auch vom individuellen Fortschritt im Verarbeitungsprozess der Erkrankung ab. Viele Betroffene wünschen sich, dass sich das Sterben lediglich über einen kurzen Zeitraum erstreckt und dieser Prozess nicht unnütz verlängert wird (Kastbom et al. 2016). So wird ein länger andauerndes Sterben häufig auch mit einem vermehrten Leiden für Betroffene und deren Angehörige assoziiert. Die Relevanz der Unabhängigkeit und Autonomie werden von vielen Betroffenen als wichtige Faktoren betont; dazu gehört auch die Beteiligung bei Entscheidungen am Lebensende (Kastbom et al. 2016). Häufig nehmen die Angst vor Schmerzen und Leid in der Terminalphase eine übergeordnete Rolle ein, dementsprechend ist es für viele Menschen bedeutsam, dass das Sterben nicht mit starken Schmerzen und unangenehmen Symptomen einhergeht. Kastbom et al. (2016) zeigen außerdem, dass es vielen Menschen wichtig ist, Familie und Freunde bei sich zu haben und dass Konflikte aus der Vergangenheit gelöst werden können, sodass ein friedvolles Sterben möglich wird. Die Ergebnisse dieser Studie von Kastbom et al. (2016) werden in Bezug auf den FVNF in Kapitel 3.3 erneut aufgegriffen.

## 3 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

### 3.1 Definition und Beweggründe

Das Buch ‚Ausweg am Lebensende‘ von Chabot und Walther (2015) wurde im Kontext dieser Arbeit als Expertenmeinung klassifiziert. Beide Autoren beziehen in ihrem Werk eindeutig Stellung zum FVNF als eine Möglichkeit der freiverantwortlichen, vorzeitigen Lebensbeendigung für Menschen, welche an einer terminalen Erkrankung leiden sowie alte Menschen, die aufgrund eines seelischen oder physischen Leidens ihren Tod beschleunigen möchten. Die Autoren unterstützen ihre Positionen mittels dezidierter, wissenschaftlicher Expertise und Quellenangaben und führen detailliert rechtliche und ethische Aspekte der Thematik an. Chabot und Walther (2015) definieren den FVNF als den ausdrücklichen Beschluss der Beendigung sämtlicher oraler Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit durch eine Person, welche physisch in der Lage ist Nahrung und Flüssigkeiten aufzunehmen. Der Tod tritt durch Dehydratation oder aufgrund einer eintretenden Komplikation ein. Andere Autoren definieren den FVNF ähnlich (Simon und Hoekstra 2015). Jedoch betonen Quill et al. (1997) und Corbett (2016) beispielsweise in ihren Publikationen, dass es sich ausschließlich um Patienten handeln sollte, welche von einer terminalen Erkrankung betroffen sind. In anderen Definitionen werden zusätzlich noch die Intention des beschleunigten Sterbens und der Beweggrund des unerträglichen Leidens aufgenommen (Ivanovic et al. 2014). Daraus wird deutlich, dass es ein wesentlicher Standpunkt im Rahmen der Definition ist, in welcher Lebenssituation Menschen sich zum FVNF entscheiden. Während einige Autoren diesbezüglich keine strikten Ausschlusskriterien festlegen (Chabot und Walther 2015; Simon und Hoekstra 2015), definieren andere eindeutig, dass dies nur bei terminal erkrankten Menschen als Option gelten sollte (Quill et al. 1997; Quill und Byock 2000; Corbett 2016). Eine Mehrheit der Autoren hält zusätzlich das Kriterium der Entscheidungsfähigkeit in ihrer Definition fest (Terman 2001; Chabot und Goedhart 2009; Ivanovic et al. 2014; Bolt et al. 2015; Simon und Hoekstra 2015; Corbett 2016). Voraussetzungen für eine autonome Entscheidung werden in Kapitel 3.3 näher erläutert.

Anhand dieser Definitionen lässt sich resümieren, dass der FVNF eine bewusste Entscheidung gegen die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeiten ist, auch wenn eine Person physisch dazu in der Lage wäre. Diese Entscheidung wird freiwillig und

in Anbetracht eines für die entscheidungsfähige Person unerträglichen physischen oder psychischen Leidens getroffen, mit der Intention den Tod zu beschleunigen. Da sich diese Arbeit auf den FVNF in der palliativen Pflege bezieht, wird in diesem Kontext von dem freiwilligen Verzicht eines Menschen angesichts einer palliativen Erkrankung ausgegangen. Ganzini et al. (2003) erhoben im Rahmen einer Beobachtungsstudie reliabel die Beweggründe der Menschen, welche sich für den FVNF entschieden. Häufig wurde der Grund ‚zum Sterben bereit sein‘, ‚keinen Sinn mehr im Weiterleben zu sehen‘ sowie ‚schlechte Lebensqualität‘ oder die ‚Angst vor schlechter Lebensqualität‘ und letztlich auch das ‚Bedürfnis die Umstände des Todes kontrollieren zu wollen‘ genannt. Die Studie diente der Informationssammlung über Patienten, welche sich für den FVNF entschieden und wurde im amerikanischen Bundesstaat Oregon durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden Informationen von 102 Gesundheits- und Krankenpflegern aus einem Hospizprogramm via Fragebogen eingeholt. Nachteil der Studie ist, dass die Daten auf zurückliegenden Ereignissen sowie subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen der Pflegenden beruhen, dies könnte eine Verzerrung der Motive der Patienten verursachen. Die Beweggründe der Betroffenen aus erster Hand wurden bislang nicht im Rahmen von Studien erhoben.

### 3.2 Allgemeine Daten

Die Darstellung von Häufigkeiten und allgemeinen Informationen über den FVNF gestaltet sich schwierig, da ein Großteil der verfügbaren Literatur ein niedriges Evidenzlevel aufweist. Zwei Studien aus den Niederlanden (Chabot und Goedhart 2009; Bolt et al. 2015) und eine Studie aus dem amerikanischen Bundesstaat Oregon (Ganzini et al. 2003) sind jedoch bestrebt bezüglich dieser Informationen ein genaueres Bild des FVNF zu ermöglichen. Chabot und Goedhart (2009) erhoben dezidierte Informationen über den FVNF von insgesamt 97 Angehörigen. Dabei handelte es sich zum Großteil um enge Verwandte und Pflegekräfte. Das Kriterium der Validität ist nicht in Gänze erfüllt, da eine Informationssammlung über Angehörige einen potenziellen Bias der Ergebnisse verursachen kann. Auffällig ist, dass 80% der Menschen, welche ihren Tod durch den FVNF herbeiführten, älter als 60 Jahre waren und beinahe 50% älter als 80 Jahre. Bolt et al. (2015) kommen in ihrer aussagekräftigen Studie, welche die Informationen von betreuenden Hausärzten erhob, sogar zu dem Ergebnis, dass von 99 Patienten, welche durch

den FVNF verstarben, 70% über 80 Jahre alt waren. Ähnliche Ergebnisse liefert auch die Auswertung der Informationen von 102 Hospizpflegekräften aus Oregon, demzufolge waren mehr als 30% der durch den FVNF Verstorbenen über 80 Jahre alt (Ganzini et al. 2003). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der FVNF offenbar eher von älteren Menschen in Betracht gezogen wird. In der Studie von Bolt et al. (2015) waren über 60% der Patienten verwitwet. Chabot und Goedhart zeigen außerdem, dass der FVNF in den Niederlanden tendenziell häufiger von Frauen durchgeführt wird. Die Autoren (Chabot und Goedhart 2009) waren bestrebt eine Schätzung der Häufigkeit für den FVNF in den Niederlanden vorzunehmen. Zu diesem Zweck wurden die Daten der Informanten von 1999 bis 2003 mittels eines Statistikprogramms, welches auch für die Hochrechnung von Verkehrsunfällen genutzt wird, erhoben und auf die gesamte Einwohnerzahl hochgerechnet. Bei diesem Verfahren entstand für die jährliche Frequenz des FVNF in den Niederlanden ein Ergebnis von 2,1% der Todesfälle der Bevölkerung. Demnach scheint der FVNF in den Niederlanden relativ häufig stattzufinden, obwohl aktive Sterbehilfe unter strengen Kriterien legal ist. Für die deutsche Bevölkerung gibt es keine vergleichbaren Erhebungen.

### 3.3 Entscheidungsfindung und Verlauf

Am Beginn des FVNF steht zunächst die Entscheidungsfindung bei dem Wunsch das Sterben zu beschleunigen. Harvath et al. (2006) zeigen einerseits, dass professionelles Personal (Pfleger und Sozialarbeiter) Gespräche über den Sterbewunsch als unbedenklich betrachten, andererseits jedoch auch negative Erfahrungen gemacht wurden, da bei Gesprächen darüber Konflikte innerhalb der Familie entstehen können. Quill et al. (2000) argumentieren jedoch, dass es für viele Menschen bereits hilfreich sein kann, lediglich über die Option des FVNF informiert zu sein. Es ist nachvollziehbar, dass es für einen Menschen bereits einen großen Wert haben kann, zu wissen, dass die potenzielle Option eines Auswegs existiert, sobald ein Leidenszustand unerträglich wird. Unter Umständen kann durch dieses Wissen eine Entscheidung zum FVNF einige Zeit in die Ferne rücken, da Betroffene über diese Möglichkeit informiert sind und ihnen ihre Situation nicht mehr gänzlich ausweglos erscheint. Eine wichtige Voraussetzung für den Beginn und ggf. professionelle Begleitung des Prozesses stellt die Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen dar (Klein Remane und Fringer 2013; Simon und Hoekstra 2015,

Chabot und Walther 2015). Simon und Hoekstra (2015) definieren folgende Kriterien für eine autonome Entscheidung:

- a. Intentionalität: Der Patient hat die Absicht seinen Tod durch den FVNF herbeizuführen.
- b. Information und Verständnis: Der Patient versteht, dass der FVNF zum Tod führt und ist über Verlauf und Alternativen aufgeklärt.
- c. Abwesenheit von steuernden Einflüssen: Die Entscheidung wurde nicht unter sozialem Druck oder einer psychischen Erkrankung getroffen, welche den freien Willen beeinträchtigt.
- d. Authentizität: Die Entscheidung beruht nicht auf einer lediglich vorübergehenden Stimmung, sondern ist wohlüberlegt.

Sind diese Kriterien nicht gegeben, ist die Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen zum FVNF stark eingeschränkt und der Entschluss sollte von allen Beteiligten überdacht werden. In der Studie von Ganzini et al. (2003) berichtet beinahe drei Viertel der Pflegenden, dass die Entscheidungsfindung im Rahmen einer interdisziplinären Hospizkonferenz stattfand. 12% der Pflegenden berichteten jedoch, dass bei Betroffenen eine mentale bzw. psychische Einschränkung vorlag (beispielsweise eine Depression), welche ihrer Ansicht nach die Entscheidung zum FVNF beeinflusste (Ganzini et al. 2003). Horowitz et al. (2016) zeigen anhand ihrer ausführlichen, kommentierten Fallstudien, dass der Entschluss zum FVNF scheinbar keine Entscheidung ist, welche in Isolation getroffen wird. Anstelle dessen werden vielfach Beteiligte mit eingebunden, wobei jede Person unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen in den Prozess der Entscheidungsfindung einbringt. Chabot und Walther (2015) beschreiben diesbezüglich eine wichtige Rolle für die Angehörigen der Betroffenen, da denkbar ist, dass sie zuerst von dem Wunsch erfahren und eine vermittelnde Position zwischen Betroffenen und Ärzten bzw. Pflegeteams einnehmen können. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser einzelnen Parteien sei sehr wichtig um belastende Symptome frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können.

Harvath et al. (2006) erhoben in ihrer qualitativen Studie jedoch auch, dass gerade bei Pflegenden eine Einbindung in diese Entscheidung Unbehagen verursachen kann, da befürchtet wird, dass durch Gespräche aktiv Einfluss auf die Entscheidung des Betroffenen genommen wird. Die Glaubwürdigkeit dieser Studie wurde unter anderem über ‚peer reviews‘ der Autoren gewährleistet.

Um die Freiverantwortlichkeit zu garantieren und Angehörige und medizinisches Fachpersonal aus der Verantwortung zu nehmen, empfehlen Chabot und Walther (2015) zu Beginn des Prozesses eine Überarbeitung der Patientenverfügung, eine genaue Dokumentation sowie eine Modifizierung der Garantenpflicht (A4). Auf diese Aspekte wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

Ist der Entschluss zum FVNF gefasst, wird der Sterbewillige das Essen und Trinken einstellen. Dies geschieht im Übrigen auch während eines ‚gewöhnlichen Sterbeprozesses‘, aufgrund nachlassendem Interesse an Nahrung und Flüssigkeit (Nowarksa 2011). Im Gegensatz zum Sterbeprozess aufgrund einer terminalen Dehydratation, bedingt durch eine zum Tode führenden Erkrankung, ist jedoch der FVNF eine willentlich herbeigeführte Situation. Aus diesem Grund erfordert der Prozess des FVNF in hohem Maße Selbstdisziplin und Entschlossenheit des Sterbewilligen (Quill et al. 2000). Chabot und Walther (2015) berichten, dass es hilfreich sein kann, das Trinken zunächst schrittweise einzustellen. 50 Milliliter sollten jedoch pro Tag für die Mundpflege verwendet werden. Der Prozess des FVNF kann je nach Menge der Flüssigkeit, die eingenommen wird und abhängig von der körperlichen Verfassung des Patienten von einer bis hin zu drei Wochen andauern (Quill et al. 1997). Chabot und Walther (2015) merken an, dass sofern erst allmählich das Trinken eingestellt wird, dieser Prozess auch bis zu 30 Tage oder gegebenenfalls länger dauern kann. In den ersten Tagen kann der Betroffene mit Angehörigen, Pflegenden oder Ärzten über seinen Entschluss und eventuell aufkommende Zweifel sprechen (Chabot und Walther 2015). Die Entscheidung kann bei Zweifel und Unentschlossenheit des Betroffenen zu Beginn des FVNF erneut überdacht und ggf. revidiert werden (Chabot und Walther 2015). Diese Reversibilität binnen der ersten Tage, stellt eine Besonderheit des FVNF dar und ist ein deutlicher Unterschied zu anderen Methoden den Tod vorzeitig herbeizuführen (Klein Remane und Fringer 2013). Chabot und Walther (2015) legen dar, dass die Veränderungen der Körperfunktionen und Stoffwechselprozesse bei Menschen, welche den FVNF durchführten nicht untersucht sind. Deshalb nehmen die Autoren Bezug auf Untersuchungen zum Langzeitfasten, wobei zu beachten ist, dass dabei nicht die Flüssigkeitszufuhr reduziert wird. Zur Erläuterung der physiologischen Vorgänge, während eines Todes durch terminale Dehydratation, wird zusätzlich eine Publikation von Nowarksa (2011) mit einbezogen, welche sich hauptsächlich auf den Verzicht künstlicher Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der

Terminalphase bezieht. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die körperlichen Veränderungen und Prozesse nicht wesentlich vom Sterben durch den FVNF unterscheiden.

Bei einer strengen Flüssigkeitsrestriktion stellen die Nieren nach circa sieben Tagen ihre Funktion ein (Chabot und Walther 2015). Dies kann durchaus längere Zeit dauern, sofern noch kleinere Mengen Flüssigkeit zu sich genommen werden. Byock (1995) und Nowarska (2011) weisen darauf hin, dass Durst bei terminalen Patienten häufig aufgrund einer trockenen Mundschleimhaut empfunden wird und nicht zwangsläufig das Bedürfnis einer Flüssigkeitssubstitution darstellt. Scheinbar können viele Betroffene das Gefühl von Durst und trockener Mundschleimhaut nicht unterscheiden und verwenden diese Begriffe synonym (Nowarska 2011). Deshalb kann bei diesen Menschen häufig durch eine sorgsame Mundpflege eine Linderung der Symptome erreicht werden. Wenn der Körper die benötigte Energie nicht mehr über die aufgenommene Nahrung beziehen kann, wird diese über die Verbrennung der körpereigenen Fettreserven gewonnen. Die bei der Fettverbrennung entstehenden Ketone führen zu einer Linderung des Hungergefühls und werden außerdem mit einer analgetischen und leicht euphorisierenden Wirkung assoziiert (Byock 1995; Nowarska 2011; Chabot und Walther 2015). Zusätzlich beginnt der Körper im Laufe dieser Zeit Endorphine zu produzieren. Diese haben eine morphinähnliche Wirkung auf den Körper (Chabot und Walther 2015). Auch dies findet im Rahmen einer ‚natürlichen‘ terminalen Dehydratation statt und kann laut Nowarska (2011) sogar den Bedarf an schmerzlindernden Medikamenten am Lebensende senken. Nachdem der Körper nunmehr keine Energie aus den Fettreserven beziehen kann, werden auch Proteinreserven allmählich abgebaut. Chabot und Walther (2015) berichten, dass sich aufgrund der Retention harnpflichtiger Substanzen im Blut, vor allem aufgrund des Harnstoffs, schließlich eine allgemeine Schwäche und Müdigkeit bei Betroffenen einstellt. Bei Fortführung des Prozesses werden die Kräfte des Sterbewilligen schließlich nachlassen und immer mehr Phasen der Bewusstlosigkeit eintreten. In manchen Fällen kann es während des Verlaufs zu einem Delir kommen; dies geht zum Teil mit Unruhe, Verwirrung und Desorientierung einher. Deshalb betonen Chabot und Walther (2015) wie wichtig eine sorgsame Symptomkontrolle und -beobachtung während des FVNF ist. Quill et al. (2000) äußern in ihrem Artikel ‚Palliative Treatments of Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative‘, dass es in Einzelfällen bei

Auftreten eines Delirs von Nutzen sein kann, über eine terminale Sedierung nachzudenken, um den Betroffenen und seine Angehörigen zu entlasten. Letztlich wird der Betroffene nicht mehr die Kraft haben aufzustehen und ist auf eine umfassende Pflege angewiesen. Der Körper stellt schließlich auch die Produktion von Körpersekreten ein. So können unter Umständen unangenehme Symptome wie Dyspnoe, durch vermehrte Schleimsekretion in den Lungen, ausbleiben (Nowarska 2011). Die fortschreitende Dehydratation führt letztlich zu starken Veränderungen der Natrium- und Kaliumkonzentration im Blut; es wird vermutet, dass dies letztlich die Todesursache ist. Demnach tritt der Tod, bedingt durch eine kaliumassoziierte Arrhythmie, im tiefen Schlaf ein (Chabot und Walther 2015). Bernat et al. (1993) und Nowarska (2011) legen dar, dass ein Tod durch Dehydratation kein zusätzliches Leiden verursacht. Die Ergebnisse von Bolt et al. (2015) verdeutlichen, dass lediglich 36 % der betreuenden Hausärzte angaben, dass bei den Betroffenen in der Terminalphase Symptome vorlagen. Die häufigsten Symptome waren Schmerzen, Fatigue, beeinträchtigte kognitive Funktion, Durst oder trockene Mundschleimhaut.

Nach einer Darstellung der Entscheidungsfindung und dem Verlauf des FVNF, bleibt die Frage, ob der Tod durch den FVNF ein ‚guter Tod‘ (siehe Kapitel 2.2) sein kann. Kastbom et al. (2016) zeigten, dass das Abschied nehmen von Angehörigen, die Vorbereitung auf das Sterben und das Vervollständigen unerledigter Angelegenheiten sowie Autonomie und Selbstbestimmung von vielen palliativen Patienten als wichtige Kriterien für einen ‚guten Tod‘ angegeben wurden. Diese Möglichkeiten bietet der FVNF den Betroffenen. Jedoch wird auch von einigen Betroffenen angeführt, dass der Prozess sich möglichst nicht über einen längeren Zeitraum erstrecken sollte. Wie in diesem Kapitel erläutert, ist dies beim FVNF nicht selten der Fall. Anzunehmen ist, dass diesbezüglich die Prioritätenverteilung individuell ausfällt und je nachdem der Tod auch als weniger gut eingestuft werden kann. Chabot und Goedhart (2009) zeigten in ihrer Studie, dass 75% der Angehörigen den Tod durch den FVNF als ‚würdevoll‘ bezeichnen. Ganzini et al. (2003) ließen die Qualität des Sterbens von den Pflegenden anhand einer Skala einschätzen, von einem ‚schlechten, qualvollen Tod‘ (0) bis hin zu einem ‚guten, friedvollen Tod‘ (10). Im Median bewerteten die Pflegenden den Tod der Menschen, welche durch den FVNF verstarben mit einer acht. Dabei wurde der Prozess von den Pflegenden als friedvoll und zu einem Großteil als schmerz- und leidensarm

empfundener (Ganzini et al. 2003). Die Ergebnisse von Bolt et al. (2015) zeigen, dass 80% der betreuenden Hausärzte den Eindruck hatten, dass der Sterbeprozess den Wünschen des Patienten entsprach.

### 3.4 Klassifizierung und rechtliche Aspekte

Ob es sich beim FVNF um einen Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen, einen Suizid oder einen natürlichen Tod handelt, wird in der recherchierten Literatur ausführlich diskutiert. Die Klassifizierung des FVNF in diese ‚Sterbepformen‘ erweist sich nach Sichtung der verfügbaren Literatur als sehr komplex, ist aber für diese Arbeit im Sinne der Fragestellung, welche Rolle die Pflege bei dem Prozess des FVNF einnehmen kann, überaus relevant. Eine Vielzahl von Autoren (Bernat et al. 1993; Byock 1995; Quill et al. 1997; Quill et al. 2000; Terman 2001; Bolt et al. 2015) bringen den FVNF mit dem ethisch und rechtlich vertretbaren Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen am Lebensende in Verbindung, auch bekannt als passive Sterbehilfe. Demnach hat jede urteilsfähige Person das Recht eine lebensverlängernde Therapie oder Intervention abzulehnen. Dies schließt die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeiten mit ein und der FVNF könne als Ausweitung dieses Rechts verstanden werden (Quill et al. 1997; Terman 2001; Bolt et al. 2015). Jansen (2004) nimmt eine kritische Position gegenüber der moralischen Vertretbarkeit des FVNF ein und klassifiziert den FVNF bei Patienten, deren physiologische Symptome durch Palliative Care zu managen wären, eindeutig als Suizid. Demzufolge wären laut Jansen (2004) Suizidhandlungen generell moralisch nicht vertretbar. Quill (2015) bringt Suizid zwangsläufig mit den Folgen einer mentalen bzw. psychischen Erkrankung in Verbindung, schon deshalb treffe die Kategorisierung vom FVNF als Suizid in vielen Fällen nicht zu. Klein Remane und Fringer (2013) weisen zusätzlich darauf hin, dass sich der FVNF in seiner Erscheinung vom Suizid differenziert. So sei ein Suizid häufig eine plötzliche, aktive, impulsgesteuerte Entscheidung und Handlung, welche im Rahmen einer Krisensituation getroffen wird. Des Weiteren wird bei einem Suizid nicht nur der Tod, sondern auch das Sterben als Prozess beschleunigt (Klein Remane und Fringer 2013). Diese Kriterien differenzieren den FVNF in seiner Erscheinung zunächst vom Suizid. Im Zuge dessen führt Birnbacher (2015) den Begriff des ‚passiven Suizids‘ in die Diskussion ein; dieser bedeutet den eigenen Tod selbstständig durch Unterlassen einer Handlung herbeizuführen. Diese Einordnung wird ebenfalls von

Simon und Hoekstra (2015) vorgenommen. Birnbacher (2015) weist außerdem darauf hin, dass obwohl Impulsivität und Irrationalität häufige Symptome eines Suizids sind, diese jedoch nicht als Kriterien für eben diesen gelten und die Klassifizierung zum Suizid mit diesem Argument nicht abgewehrt werden kann. Des Weiteren wird die Fragestellung, welche Todesursache auf dem Totenschein dokumentiert werden sollte, häufig in der Literatur diskutiert. Würde der FVNF als Suizid gelten, würde dies bedeuten, dass ein unnatürlicher Tod bescheinigt werden muss. Dies würde mit einer Meldepflicht an die Justizbehörde einhergehen (Chabot und Walther 2015). In der Beobachtungsstudie von Chabot und Goedhart (2009) wurden in den Niederlanden Angehörige von insgesamt 97 Personen befragt, welche ihren Tod durch den FVNF herbeigeführt haben. Nach Angaben der Angehörigen wurde bei 94 der Betroffenen ein natürlicher Tod bescheinigt und lediglich in den verbliebenen drei Fällen eine zusätzliche polizeiliche Leichenschau durchgeführt. Simon und Hoekstra (2015) sowie Chabot und Walther (2015) bekunden, dass das Eintragen der Todesursache auf dem Totenschein im Ermessen des Arztes läge, jedoch in jedem Fall die Freiwilligkeit der Entscheidung zum FVNF festgehalten werden müsse. Demnach scheint insgesamt kein Konsens zu bestehen, inwiefern der FVNF kategorisiert werden könne. Klein Remane und Fringer (2013) weisen in ihrer detaillierten Übersichtsarbeit darauf hin, dass je nach Blickwinkel der FVNF als Therapieverzicht, Suizid oder natürlicher Tod aufgefasst werden kann. Wird primär die Unterlassung einer Intervention oder Therapie betrachtet, ist dies als Behandlungsverzicht zu verstehen, wird jedoch der Fokus auf die Intention der Handlung gesetzt, entspricht der FVNF einem Suizid. Obwohl laut Klein Remane und Fringer (2013) fraglich ist, ob ein terminal erkrankter Mensch, der prinzipiell nicht die Option hat sich für ein Weiterleben zu entscheiden, als suizidal betrachtet werden kann. Wird der Verlauf des FVNF hervorgehoben, gleicht der Prozess allerdings eher einem natürlichen Tod.

In der qualitativen Studie von Harvath et al. (2006) wird deutlich, dass betreuendes Fachpersonal den FVNF gegenüber der aktiven Sterbehilfe als sehr viel natürlicher und kaum als aktive Beschleunigung des Sterbens wahrnimmt.

Zuletzt bleibt fraglich inwieweit der FVNF in die genannten ‚Sterbepformen‘ eingeordnet werden kann. Dies beruht vermutlich individuell auf persönlichen, ethischen und religiösen Wertvorstellungen. Klein Remane und Fringer (2013) resümieren nach ausführlicher Auseinandersetzung, dass im Zusammenhang mit

dem FVNF, die Begrifflichkeiten Therapieverzicht, Suizid und natürlicher Tod womöglich nicht ausreichend sind, um eine thematische Einordnung des FVNF vorzunehmen. Eine Kategorisierung des FVNF in diese Optionen wurde im Rahmen dieser Arbeit bislang nicht getroffen, da nachvollziehbare Argumente für jede Position vorliegen, wird jedoch im Fazit hinsichtlich dieser Kriterien erneut bewertet. Folgerichtig beinhalten diese Kategorisierungsmöglichkeiten somit nicht nur das bürokratische Dilemma des korrekt ausgefüllten Totenscheins, sondern bergen auch ethisches Konfliktpotenzial bei der professionellen Begleitung und Behandlung der Betroffenen durch medizinisches Fachpersonal.

Chabot und Walther (2015) erklären, dass der FVNF aus rechtlicher Sicht in Deutschland eine Handlung zur Selbsttötung darstellt. Dabei werden die unterschiedlichen Ansichten hinsichtlich natürlichem Tod oder Therapieverzicht außer Acht gelassen. Grund für diese Klassifizierung ist, dass der FVNF in rechtsmedizinischer und in juristischer Literatur kaum thematisiert wird und deshalb auf die rechtlichen Grundlagen zum Suizid bzw. zur Suizidbeihilfe zurückgegriffen wird (Chabot und Walther 2015). Auch wenn die Übertragbarkeit der Kriterien aufgrund der o.g. Argumente von den Autoren berechtigterweise angezweifelt wird. Strafrechtlich ist der Suizid in Deutschland nicht zur Gänze geregelt. Generell gilt jedoch, dass jeder Mensch über seinen Körper und sein Leben und damit inbegriffen auch die Beendigung des Lebens frei bestimmen kann (Chabot und Walther 2015). Unterstützungshandlungen beim Suizid sind aus rechtlicher Sicht jedoch relevant. Die Beihilfe zum Suizid ist nach deutscher Rechtsprechung zwar straffrei, da die eigentliche Handlung nicht strafbar ist. Dennoch kann die Beihilfe strafbar sein, sofern die Tat, welche zur Hilfe geleistet wurde mit einer strafrechtlichen Verfolgung einhergeht (z.B. ein Verstoß gegen das Waffen- oder Betäubungsmittelgesetz). Des Weiteren muss geprüft werden, ob es sich um eine freiverantwortliche Tat handelt. Wenn dies nicht der Fall ist, sind Helfer zur Verhinderung des Vorhabens verpflichtet. Tun sie dies nicht, kann gegebenenfalls eine Anklage wegen Totschlags drohen (Chabot und Walther 2015). Die Beihilfe zum Suizid ist nur dann straffrei, wenn eine unbeeinträchtigte, entscheidungsfähige Person die suizidale Handlung selbständig vollzieht. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist zwar nicht generell strafbar, jedoch medizinethisch sehr umstritten (Chabot und Walther 2015). Um beim FVNF rechtlichen Dilemmata vorzubeugen, empfehlen Chabot und Walther (2015) eine Modifizierung der Garantenpflicht sowie eine detaillierte

Dokumentation der Freiverantwortlichkeit und des Verlaufs des FVNF. Dies wäre notwendig damit der Betroffene, nachdem er im Zuge des FVNF das Bewusstsein verloren hat, nicht mit parenteraler Ernährung und Flüssigkeit am Leben gehalten werde. Des Weiteren sei es wichtig die Option des FVNF möglichst vorzeitig in Form einer Patientenverfügung festzuhalten. Damit würde deutlich, dass der Betroffene sich bereits vor längerer Zeit mit den Umständen seines Sterbens auseinandergesetzt hat und der Entschluss zum FVNF nicht erst akut in seiner Leidenssituation getroffen wurde (Chabot und Walther 2015). Anderenfalls bestehe die Gefahr, dass ein kurzfristiger Entschluss zum FVNF von Drittpersonen (Angehörigen, Ärzten, Psychiatern usw.) ggf. nicht ernst genommen werden würde.

### 3.5 Rahmenbedingungen

Wesentlich für die Rolle der Pflege beim FVNF ist zusätzlich die Betrachtung, in welchem Rahmen der FVNF stattfinden kann und ob er zwangsläufig die Beteiligung von medizinischem Fachpersonal erfordert. Die Unterstützung von Menschen, welche sich für den FVNF entscheiden, verursacht aufgrund der dargestellten Diskussion in Kapitel 3.4 möglicherweise bei einigen Ärzten und Pflegenden Unbehagen. Unter der Voraussetzung, dass der FVNF als Suizid betrachtet werden kann, könnte geschlussfolgert werden, dass die Beteiligung an der Versorgung eine Beihilfe zum Suizid darstellt. Im Gegensatz dazu vertreten Simon und Hoekstra (2015) sowie Klein Remane und Finger (2013) die Position, dass die Begleitung des FVNF keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern einen Teil der Sterbebegleitung darstellt. Dieser Standpunkt wird von Chabot und Walther (2015) damit bekräftigt, dass der Arzt bei der Betreuung des FVNF keine ursächliche Beihilfe leistet und von einem Mitwirken in diesem Sinne keine Rede sein kann.

Des Weiteren stellt die Begleitung beim FVNF durch Ärzte und Pflegende gewissermaßen einen Widerspruch zur Definition der WHO von Palliative Care dar (siehe Kapitel 2.1). Gemäß der Grundvorstellung von Palliative Care soll das Sterben und der Tod weder beschleunigt, noch verzögert werden (World Health Organization 2002). Beim FVNF wird der Tod jedoch vorzeitig herbeigeführt. Aus diesem Grund argumentieren Rady und Verheijde (2012) sowie Nowarska (2011), dass der FVNF den Grundsätzen von Palliative Care widerspricht und deshalb nicht mit einer professionellen, palliativen Versorgung vereinbar ist. Die Begleitung eines solchen Prozesses gefährde zum einen das Vertrauen innerhalb der Arzt-Patienten

Beziehung und zum anderen die Integrität und Ethik der medizinischen Profession (Rady und Verheijde 2012). Die Autoren führen die aus ihren Argumenten folgenden Konsequenzen jedoch nicht weiter aus. So bleibt fraglich, inwiefern Menschen nach Rady und Verheijde (2012) und Nowarska (2011) betreut werden sollten, die ihren Lebenswillen verloren haben und nicht bereit sind ihr Leiden weiterhin zu ertragen. Es wäre unverantwortlich und ethisch nicht vertretbar diese Menschen sich selbst zu überlassen. Zu diesem Schluss kommt auch der Palliativmediziner Ira Byock (1995), der in seinem Artikel ‚Patient refusal of nutrition and hydration: Walking the ever-finer line‘ unterschiedliche Standpunkte bezüglich des FVNF diskutiert. Byock (1995) verdeutlicht letztlich, dass ein Patient niemals im Stich gelassen werden darf, nicht einmal dann, wenn er fest entschlossen ist sein Leben zu beenden. Denn gerade in solch einer Lebenslage verdient der Patient eine angemessene, palliative Versorgung und benötigt fachliche Informationen über die Möglichkeiten die ihm zur Verfügung stehen (Byock 1995). Zu diesen gehöre auch der FVNF, obwohl diese Informationsweitergabe eine Gratwanderung darstellt (Byock 1995).

Darüber hinaus äußerte sich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin im Jahr 2014 in ihrer Reflexion zum Thema ‚Ärztlich assistierter Suizid‘ erstmals wohlgesinnt zum Thema FVNF:

„Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine mögliche Alternative sein. Auf diese Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter- bzw. abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein selbstbestimmtes Leben und Sterben.“ (vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. 2014, S. 12)

Quill et al. (2000) beschreiben eine passive Rolle des Arztes und des behandelnden Teams. Die Aufgaben seien dementsprechend die Informationsweitergabe, Evaluation der Situation, Symptomkontrolle und -management. Der Information über den FVNF kommt eine wichtige Aufgabe zu, sobald der Patient explizit nach einer vorzeitigen Herbeiführung des Todes, aufgrund eines unerträglichen Leidens verlangt oder große Ängste vor einem sehr leidvollen Tod äußert (Quill und Byock 2000). Diese Informationsweitergabe muss jedoch laut Quill und Byock (2000) mit höchster Sensitivität erfolgen. Horowitz et al. (2016) zeigen, dass bei der ärztlichen

Information zum FVNF durchaus Konfliktpotenzial besteht. Wird jeder Patient über den FVNF als eine mögliche Option am Lebensende informiert, können daraus rasch Missverständnisse entstehen. Auf der einen Seite kann dies einem Patienten suggerieren, dass seine Situation hoffnungslos sei und dass er womöglich unter leidvollen Umständen sterben würde. Eine weitere Gefahr besteht darin, den Patienten in seinem Entscheidungsfindungsprozess unbewusst zu beeinflussen (Birnbacher 2015). Auf der anderen Seite sei es jedoch nicht fair vorauszusetzen, dass der Patient diese Option alleine ‚entdeckt‘ (Horowitz et al. 2016). Quill et al. (1997) stellen in ihrem Artikel ‚Palliative Options of Last Resort a Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia‘ den FVNF als eine Option dar, welche die Unabhängigkeit und Privatsphäre des Patienten im besonderen Maße schützt. Deshalb ist, laut Quill et al. (1997), zumindest in der Theorie beim FVNF keine Involvierung eines Arztes nötig, jedoch in Hinblick auf die Symptome, die während des Prozesses auftreten können, dringend anzuraten. So können auch während des FVNF Leidenszustände entstehen, welche einer adäquaten Palliativversorgung bedürfen (Quill et al. 1997). Des Weiteren bestehe die Gefahr, dass die Entscheidung nicht auf einer ausreichend informierten Basis getroffen wird und eventuell behandelbare Depressionen übersehen werden. Aus diesem Grund plädiert Terman (2001) dafür, dass bei der Erwägung vom FVNF immer zwei Ärzte in den Prozess der Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten. Um eine Depression ausschließen zu können, ist es von Vorteil, wenn einer der beiden Ärzte ein Psychiater ist. So könne sich der behandelnde Arzt zusätzlich absichern und hätte die Gewissheit, dass seine Unterstützung beim FVNF die richtige Entscheidung ist (Terman 2001).

Quill et al. (1997) betonen jedoch, dass die Begleitung von Menschen, welche den Wunsch haben, ihren Tod vorzeitig herbeizuführen nicht zur medizinischen Standardversorgung gehört und deshalb jeder die Möglichkeit haben sollte eine Beteiligung an diesem Prozess abzulehnen. Lässt sich für die Versorgung des Patienten innerhalb des Palliative Care Teams keine Lösung finden, so sollte dem Betroffenen und seinen Angehörigen angeraten werden eine Zweitmeinung einzuholen (Quill et al. 2000). Die Beteiligung von Hausärzten beim FVNF, Beweggründe von Betroffenen sowie die Verläufe des FVNF wurden in den Niederlanden von Bolt et al. (2015) reliabel erhoben. Von 709 Ärzten betreute knapp

die Hälfte bereits einen Patienten bei der Durchführung des FVNF. Zudem können Ärzte wichtige Funktionen im Prozess einnehmen. So können sie in der Vorbereitung Betroffene sowie deren Angehörige ausreichend informieren und die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung organisieren. Die ebenfalls in den Niederlanden durchgeführte Beobachtungsstudie von Chabot und Goedhart (2009) zeigt in welchem Milieu der FVNF stattfinden kann. Die Hälfte der Menschen, welche ihren Tod durch den FVNF herbeigeführt hatten, befand sich während des Prozesses in der Häuslichkeit. Weitere 40% befanden sich in einem Seniorenheim, einem Pflegeheim oder in einer Klinik. Auch Bolt et al. (2015) vermuten, dass der FVNF sich zuhause gut managen lässt. Der FVNF ist in der niederländischen Gesundheitsversorgung laut Bolt et al. (2015) nichts Ungewöhnliches, dennoch werden evidenzbasierte Richtlinien benötigt, um das Sicherheitsgefühl des medizinischen Fachpersonals zu stärken. Dem schließen sich auch Ganzini et al. (2003) in dem Fazit ihrer Studie an, so dienen Leitlinien und Standards auch dem Zweck der Sicherung und Evaluation des Versorgungsprozesses. Wenn der Wunsch den Tod vorzeitig herbeizuführen besteht, muss medizinisches Fachpersonal darauf angemessen reagieren können. Quill et al. (1997) bezeichnen erstmals sogenannte ‚categories of safeguards‘, welche bestrebt sind, das Vorgehen in solch einem Fall zu beschreiben.

- a. Palliative Care ist ineffektiv: Für den Patienten besteht, trotz bester palliativer Versorgung, ein intolerabler Leidenszustand.
- b. Informierte Übereinkunft: Der Patient muss ganzheitlich informiert und in der Lage sein, seinen Zustand und seine Behandlungsalternativen, inklusive Nutzen und Risiken, zu verstehen. Der Wunsch des vorzeitigen Todes muss beständig sein, aus der Intention des Patienten und frei von unzulässiger Beeinflussung erfolgen. Je nach individueller Situation des Patienten bieten sich Phasen des Abwartens an.
- c. Eindeutigkeit der Diagnose und Prognose: Der Patient hat eine diagnostizierte Erkrankung welche tödlich verläuft.
- d. Unabhängige Zweitmeinung: Ein beratender Arzt mit Erfahrung in der Palliativversorgung sollte den Fall sowie Diagnose und Prognose überprüfen. Bei Unsicherheit bezüglich einer Depression oder mentalen Einschränkung des Patienten sollte ein Psychiater konsultiert werden.

- e. Dokumentation und Bewertung: Genaue Dokumentation und Bewertung des Prozesses sind notwendig um die Zurechnungsfähigkeit gewährleisten zu können.

Diese ‚categories of safeguards‘ können zwar als Orientierung dienen und das Sicherheitsgefühl der betroffenen Ärzte stärken, sind aber nicht ausreichend, um eine ganzheitliche angemessene Versorgung der Betroffenen sicherstellen zu können. Schließlich sind die Rahmenbedingungen für die pflegerische Betreuung der Patienten bislang noch gänzlich unklar. Diesbezüglich werden ausführliche Leitlinien benötigt.

### 3.6 Bedeutung für die Angehörigen

Der Entschluss eines Menschen seinen eigenen Tod willentlich herbeizuführen, kann bei Angehörigen Beunruhigung, Unsicherheit und ambivalente Gefühle auslösen (Klein Remane und Fringer 2013; Chabot und Walther 2015). Chabot und Walther (2015) äußern, dass die Mitteilung über diesen Entschluss starke emotionale Reaktionen der Angehörigen hervorrufen kann, sodass nicht selten versucht wird den Betroffenen von seinem Vorhaben abzubringen. Die Ambivalenz der Gefühle ist einerseits gekennzeichnet durch die Loyalität zum Betroffenen, der sich seinen Tod wünscht und diese Entscheidung autonom getroffen hat, andererseits jedoch dadurch, dass man sich nicht von einem geliebten Menschen trennen möchte (Klein Remane und Fringer 2013; Chabot und Walther 2015). Des Weiteren können Angehörige mit Wut reagieren, wenn sie sich zurückgewiesen und abgelehnt fühlen. Die Tatsache, dass es nicht möglich gewesen ist das Leben des Betroffenen angenehmer und lebenswerter zu gestalten, kann unter Umständen zu Vorwürfen und einem Gefühl des Versagens führen (Chabot und Walther 2015). Für Angehörige kann der FVNF eine große Herausforderung darstellen und dazu führen, dass sie sich zurückziehen, weil sie es nicht ertragen möchten mitanzusehen wie der Betroffene seinen Tod selbst herbeiführt (Chabot und Walther 2015). Chabot und Goedhart (2009) gaben an, dass sich einige Angehörige mit der Entscheidung des Patienten letztlich abfanden, weil sie nicht wollten, dass der Betroffene in Einsamkeit verstirbt.

Die Vorstellung vom Tod durch ‚Verdursten‘ und ‚Verhungern‘ kann von Betroffenen, medizinischem Fachpersonal sowie Angehörigen als grausam und unethisch empfunden werden (Quill et al. 1997). Besonders Angehörige assoziieren diese

Form des Sterbens mit sehr viel Leid und Schmerz, da Nahrung und Flüssigkeit zu den Grundbedürfnissen des Menschen zählen (Nowarska 2011). Die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit kann jedoch, besonders für nahestehende Menschen, weitere wichtige Bedeutungen haben. So kann Essen und Trinken auch ein Ausdruck von Zuneigung, Fürsorge und Zusammengehörigkeit sein (Nowarska 2011 Klein; Remane und Finger 2013). Diese Ausdrucksmöglichkeit würde durch den FVNF entfallen, kann aber durch sorgsames Durchführen von Mundpflege, gemeinsame Gespräche, Vorlesen aus Büchern u.v.m. möglicherweise kompensiert werden. Ivanovic et al. (2014) und Chabot und Walther (2015) deuten an, dass der Verlauf des FVNF für die Angehörigen keineswegs von Trauer und Leid geprägt sein muss, sondern auch sehr bereichernd sein kann. So ermöglicht der FVNF Zeit für Reflexion, intensive Gespräche und auch die Option für Angehörige sich auf die Zeit des Abschiednehmens vorzubereiten. Allerdings kann gerade die Zeit der Pflege von Angehörigen auch als anstrengend und belastend empfunden werden. Eine besondere Stresssituation kann das Auftreten eines Delirs und im Zuge dessen, das Verlangen nach Nahrung oder Flüssigkeit darstellen (Chabot und Walther 2015). Speziell in solchen Situationen, sind Angehörige auf medizinisches Fachpersonal angewiesen, welche für Entlastung und Erholungsphasen sorgen können. Chabot und Walther (2015) betonen, dass es Aufgabe der Pflege ist, die Gefühle und den psychischen Zustand der Angehörigen zu beobachten und Überforderung zu vermeiden.

Dass Angehörige besonders zu Beginn des FVNF sehr sensibel für die besondere Situation sein sollten, zeigt die Studie von Ganzini et al. (2003). Die Pflegenden berichteten im Rahmen der Studie von Situationen, in denen Betroffene aufgrund Drängen der Angehörigen wieder begonnen hatten, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Dies sollte jedoch nicht einzig aufgrund äußerer Faktoren, sondern vor allem aus freiem Willen geschehen. Horowitz et al. (2016) merken ebenfalls an, dass sich das Wiederaufnehmen von Nahrung und Flüssigkeit und gegebenenfalls ein späterer erneuter Entschluss zum FVNF für alle Beteiligten zu einer ‚emotionalen Achterbahnfahrt‘ entwickeln kann. Aus diesem Grund sollte laut Chabot und Walther (2015) bereits zu Beginn des Prozesses versucht werden eine Einigung zwischen Angehörigen und Betroffenen zu erlangen, denn ohne einen gemeinsamen Konsens sei ein friedlicher Verlauf des FVNF nicht möglich. Diese Einigung könne auch mit Hilfe von betreuendem Fachpersonal psychologischer,

medizinischer oder pflegerischer Seite erfolgen. Im Rahmen der bereits vorgestellten niederländischen Studie von Chabot und Goedhart (2009) wurden gezielt Angehörige als Informationsquelle über den FVNF herangezogen. Im Rahmen der Studie wurde letztlich auch die Bewertung der Sterbequalität über die Angehörigen erhoben. Ein Großteil der Angehörigen, welche Betroffene durch den Prozess des FVNF begleitet hatten, empfand den Tod als ‚würdevoll‘. Ganzini et al. (2003) erhoben die Informationen über den FVNF zwar über Hospizpflegekräfte und Sozialarbeiter, ließ jedoch auch die Situation der Angehörigen in ihre Untersuchung miteinfließen. 78 von 95 Pflegenden gaben an, dass die Angehörigen die Entscheidung des Betroffenen akzeptierten und die Hälfte der Pflegenden nahm die Angehörigen als besser vorbereitet auf den Tod des Betroffenen wahr als andere Hospizangehörige.

Das folgende Kapitel soll die ethischen Aspekte des Themas einleiten und beginnt zunächst mit einem allgemeinen Einstieg und einer Definition von Ethik.

## 4 Ethik

Die Ethik kann als ein Teilgebiet der Philosophie verstanden werden (Albisser Schleger et al. 2012; Frankena 2017). Sie beschäftigt sich mit der philosophischen Reflexion moralischer Fragen, Probleme und Urteile (Lay 2012; Frankena 2017). Ethik strebt eine systematische, analytische Untersuchung der Moral an und versucht moralische Forderungen rational zu begründen oder zu kritisieren (Albisser Schleger et al. 2012). Um die Dimensionen der Ethik besser erläutern zu können, erfordert dies eine genauere Definition und Beschreibung des Moralbegriffs. Die Moral ist nicht nur auf eine individuelle Einstellung des Menschen zurückzuführen, sie kann auch als gesellschaftsbezogenes, soziales System verstanden werden, welches die Interaktionen und Beziehungen der Individuen zueinander beeinflusst (Lay 2012; Frankena 2017). Sie legt dar, was Individuen und Gesellschaften für richtig, gut oder gerecht empfinden und damit auch welche moralischen Forderungen und Gebote innerhalb einer Gesellschaft an den Einzelnen gestellt werden (Albisser Schleger et al. 2012). Basis der Moral ist ein festgelegter Bestandteil kulturell verankerter Werte in das der Mensch hineingeboren wird. Diese werden zunächst von außen an den Menschen herangetragen und prägen ihn während seiner Lebenszeit. Frankena (2017) beschreibt überdies einen Prozess der ‚Internalisierung‘, das bedeutet, dass der Mensch sich diese Werte bis zu einem gewissen Grad zu eigen macht und daraus ein Gewissen entwickelt. Die Moral ist auch in ihrem Ursprung, ihrer Funktion und ihren Sanktionen als ein soziales Konstrukt zu beschreiben. Damit stellt die Moral nicht nur Forderungen an den einzelnen Menschen, sondern an eine ganze Gesellschaft (Frankena 2017). Die Moral erfordert Vernunft und Autonomie des Menschen und kann diese Eigenschaften ebenso verstärken. Sie beschränkt sich häufig auf Handlungen in einer konkreten Situation, während Ethik die Grundlagen zur Beurteilung dieser Handlungen reflektiert.

Ethik lässt sich in drei Kategorien untergliedern: deskriptive Ethik, normative Ethik und Metaethik. Während die deskriptive Ethik Zustände und deren Gründe erfasst, bewegt sich die normative Ethik im Bereich der Handlungsempfehlungen auf Basis ethischer Normen. Metaethik hingegen ist die kritische Reflektion der methodischen Argumentation, Theorien und Diskurse der Ethik (Lay 2012).

Schäfers (2016) definiert *Werte* als die grundlegendsten Maxime der Handlungsorientierung. Sie stellen wünschenswerte Leitbilder des Handelns dar. *Normen* hingegen seien konkretere Verhaltensregeln innerhalb einer Gesellschaft. *Prinzipien* dienen dazu *Werte* zu realisieren und Handlungsweisen zu empfehlen, finden also besonders im Sinne der normativen Ethik Anwendung (Albisser Schleger et al. 2012).

Besonders im vulnerablen Bereich der Gesundheitsversorgung scheint es nachvollziehbar, dass ethischen Werten eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Das mittlerweile als „Standardwerk“ bezeichnete Buch ‚The Principles of Biomedical Ethics‘ von Beauchamp und Childress (1994) dient dazu, medizinethische Fragen und Probleme anhand konkreter Prinzipien zu erörtern (Lay 2012, S. 63). Diese werden unter anderem im folgenden Kapitel vorgestellt und sollen als Grundlage für die Erklärung der ethischen Dilemmata beim FVNF dienen.

#### 4.1 Prinzipien ethischen Handelns

Beauchamp und Childress (1994) definieren vier Prinzipien als Basis für die Reflektion medizinethischer Fragestellungen:

- Respekt vor der Autonomie („respect for autonomy“)
- Schadensvermeidung („nonmaleficence“)
- Fürsorge / Gutes tun („beneficence“)
- Gerechtigkeit („justice“)

Der *Respekt vor der Autonomie* bezieht sich im Kontext der Medizinethik vor allem auf den Bereich der Entscheidungsfindung und die Forderung nach dem „informed consent“ im Gegensatz zum medizinischen Paternalismus (vgl. Beauchamp und Childress 1994, S. 120). Für eine aktive, autonome Entscheidungsfindung im Rahmen der informierten Zustimmung, muss der Patient ausführlich und patientenorientiert über Erkrankung, Therapieoptionen und -risiken aufgeklärt sein. Das Autonomieprinzip ist darüber hinaus Grundlage für Freiheitsrechte, Privatsphäre, Willensfreiheit und das Ausleben der eigenen Persönlichkeit (Beauchamp und Childress 1994). Der *Respekt vor der Autonomie* des Menschen hat im prinzipienorientierten System von Beauchamp und Childress (1994) einen großen Wert und steht auch für die Berücksichtigung und den Respekt vor Wünschen, Zielen und individuellen Wertvorstellungen des Menschen.

Das Prinzip der *Schadensvermeidung* geht mit der grundsätzlichen Verpflichtung einher, jemandem nicht vorsätzlich Schaden zuzufügen (Beauchamp und Childress 1994). Die Schadensvermeidung nimmt durch ihre Maxime, einem anderen Menschen keinen Schaden zuzufügen, einen wichtigen Einfluss auf das friedliche, gesellschaftliche Zusammenleben. Jedoch kann auch Schaden entstehen, obwohl dies nicht die Intention des Handelnden ist. So kann beispielweise durch eine Chemotherapie ebenfalls eine Schädigung entstehen, obwohl die primäre Intention des behandelnden Arztes auf eine Remission der Erkrankung und damit zu Nutzen des Patienten abzielt (Beauchamp und Childress 1994).

Das Prinzip der *Fürsorge oder auch Gutes tun* impliziert ein aktives Handeln, welches zum allgemeinen Wohl und Nutzen des Patienten beiträgt. Dies beinhaltet die Verpflichtung Krankheiten zu behandeln bzw. zu vermeiden, Beschwerden zu lindern und das Wohlergehen des Patienten zu fördern (Beauchamp und Childress 1994).

Die *Gerechtigkeit* fordert als Prinzip im medizinischen Kontext vor allem eine faire und angemessene Verteilung von Gesundheitsleistungen und folgt dem Grundsatz, dass gleiche Fälle auch gleichberechtigt behandelt werden sollten. Eine Ungleichbehandlung sei nur auf Basis moralisch relevanter Kriterien vertretbar (Beauchamp und Childress 1994).

Lay (2012) betont als Kritikpunkt die Heterogenität dieser auferlegten Prinzipien, die zusätzlich häufig in Konflikt zueinander stünden und somit eine Entscheidungsfindung auch erschweren können. Allerdings folgen die vier Prinzipien bewusst keiner festgelegten Rangfolge und die Gewichtung kann situationsabhängig variieren. So kann das Prinzip der Gerechtigkeit in der Gesellschaft leicht die Forderungen des Autonomieprinzips überwiegen und besonders im Kontext von schwer erkrankten oder Patienten steht das Prinzip der Schadensvermeidung häufig im Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge (Beauchamp und Childress 1994). Ethische Dilemmata erfordern eine Analyse anhand dieser Prinzipien. Sie müssen auf Basis einer ethischen Entscheidungsfindung Berücksichtigung finden und erfordern eine situationsspezifische Diskussion und Abwägung.

Insbesondere in sehr vulnerablen Lebensphasen wie dem Lebensende sind ethische Werte und Prinzipien zu respektieren. Dennoch können Entscheidungen in dieser Lebenssituation schwierig sein und zu ethischen Dilemmata führen.

Der Nationale Ethikrat (2006) thematisiert in seiner Stellungnahme zur Thematik ‚Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende‘ ethische Fragestellungen und Konflikte in der palliativen Versorgung. So werden folgende zu berücksichtigende Aspekte in der Betreuung am Lebensende kenntlich gemacht:

„Das Sterben ist ein individuelles Geschehen, das grundsätzlich der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht entzogen werden kann. Zugleich aber sind vielfältige ethische Verbindlichkeiten, rechtliche Auflagen und religiöse Erwartungen berührt, die eine eingehende Erörterung und eine viele Aspekte berücksichtigende Bewertung erfordern.“ (vgl. Nationaler Ethikrat 2006, S. 9)

Diese Aussage macht die Relevanz der Autonomie am Lebensende zwar deutlich, zeigt jedoch auch, dass angrenzende Bereiche wie Recht, Religion und ‚ethische Verbindlichkeiten‘ ebenfalls Berücksichtigung finden müssen. So gäbe es moralische Pflichten des Menschen gegenüber der eigenen Person, z.B. der Respekt vor dem eigenen Leben, die der eigenen Autonomie Grenzen setze (Nationaler Ethikrat 2006). Der Nationale Ethikrat (2006) nennt in Bezug auf das Lebensende dementsprechend folgende Prinzipien, welche bei ethischen Fragen stets präsent sein sollten:

- der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit
- der Anspruch auf Selbstbestimmung
- das Prinzip der Solidarität und der Fürsorge

Hier zeigen sich, hinsichtlich des Aspektes der Autonomie und der Fürsorge, teilweise Übereinstimmungen mit den Prinzipien von Beauchamp und Childress (1994). Während dem ‚Schutz des Lebens‘ vermutlich auch eine religiöse Bedeutung beigemessen wird und dieser nicht grundsätzlich mit dem Prinzip der Schadensvermeidung gleichzusetzen ist.

Lay (2012) legt dar, dass besonders Pflegende aufgrund ihres intensiven Kontakts zu Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen, häufiger mit fundamentalen Fragen des Lebens konfrontiert werden, als die meisten anderen Berufsgruppen. Aus diesem Grund erfordert die Versorgung, Gesprächsführung und Unterstützung im pflegerischen Bereich in besonderem Maße ethische Kompetenzen des Pflegepersonals. Die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress (1994) sowie

die des Nationalen Ethikrats (2006) stellen eine Basis dar, anhand dessen eine kritische Reflektion ethischer Fragen und Probleme der Pflege durchaus möglich ist. Einen weiteren Grundsatz um ethisches Handeln und Kompetenzen in der Pflege zu sichern und zu fördern stellt der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) dar.

#### 4.2 Ethikkodex der Pflege

Der International Council of Nurses (ICN) verabschiedete erstmals 1953 einen ethischen Verhaltenskodex für Pflegende. Die aktuelle Fassung aus dem Jahr 2012 beschreibt zu Beginn folgende grundlegende Aufgaben der Pflege:

- Gesundheit zu fördern und wiederherzustellen, Krankheit zu verhüten und Leiden zu lindern
- Achtung der Menschenrechte (inbegriffen das Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung) sowie Wertfreiheit bezüglich Alter, Hautfarbe, Geschlecht, Glauben, Kultur, Erkrankung, sexueller Orientierung, Nationalität, ethnischer Zugehörigkeit, politischer Einstellung und sozialem Status
- Pflegerische Tätigkeit dient dem Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft

Neben den Tätigkeitsfeldern der Pflege skizziert der Ethikkodex vier Komponenten als relevant für ethisches Handeln in der Pflege:

##### *a. Pflege im Kontext ihrer Mitmenschen*

Die pflegerische Grundverantwortung liegt in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Pflege hat die Intention ein Umfeld zu erschaffen, welches geprägt ist von Respekt vor Menschenrechten, vor dem Glauben und vor Werten, vor Gewohnheiten und vor Sitten. Der Patient erhält ausreichend Informationen um pflegerischer Versorgung und Behandlung zustimmen zu können. Mit Informationen wird vertraulich und verantwortungsvoll umgegangen. Die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung sollen durch entsprechende Maßnahmen gefördert und unterstützt werden (ICN 2012).

*b. Ausübung des Pflegeberufs*

Die Verantwortung und Rechenschaftspflicht für die Berufsausübung sowie die Wahrung der Fachkompetenz durch kontinuierliche Fortbildung obliegt der Pflege. Um die Berufsausübung nicht zu gefährden achten die Pflegenden auf ihre eigene Gesundheit. Das Verhalten trägt zu Stärkung von Ansehen und Vertrauen der Bevölkerung in den Pflegeberuf bei. Die Würde, Sicherheit und Menschenrechte dürfen durch Einsatz neuer Technologien und wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht gefährdet werden (ICN 2012).

*c. Pflege als Profession*

Bei Umsetzung und Erstellung von Standards für Pflegepraxis, -management, -forschung und -ausbildung kommt der Pflege die hauptverantwortliche Rolle zu. Die Pflege beteiligt sich an der Entwicklung wissenschaftsbasierter, beruflicher Erkenntnisse und setzt sich für gerechte, sichere und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen ein (ICN 2012).

*d. Pflegerische Zusammenarbeit*

Pflegende engagieren sich für eine gute, kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppe sowie mit Mitarbeitern anderer Berufsgruppen. Pflegende sind bei einer Wohlfährdung durch Pflegenden oder durch andere Personen, verpflichtet zum Schutz Einzelner, der Familie oder der sozialen Gemeinschaft zu handeln und einzugreifen (ICN 2012).

Der ICN (2012) definiert die vier Komponenten des Kodex als Normen, demnach ethische Verhaltensregeln der Pflege, welche sich im praktischen Handeln widerspiegeln sollten. Zu diesem Zweck sollten Pflegenden diese Normen reflektieren und anhand dessen ethische Problemsituationen identifizieren. Des Weiteren sollte mit Kollegen über ethische Probleme und Fragen diskutiert werden, um letztlich einen Konsens und einen Lösungsansatz herauszuarbeiten (ICN 2012).

## 5 Diskussion

Das folgende Kapitel soll die ethische Relevanz des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit herausstellen und auf die Bedeutung dessen für die potenzielle Rolle der Pflege bei diesem Prozess eingehen. Des Weiteren soll erörtert werden, welche Tragweite diese Erkenntnisse für das pflegerische Handeln darstellen und welche Kompetenzen für die Betreuung des FVNF erforderlich sind.

### 5.1 Ethische Betrachtung des freiwilligen Verzichts

Während Bernat et al. (1993, S. 2723) den FVNF als „*an alternative that avoids moral controversy altogether*“ beschreiben, soll das folgende Kapitel zeigen, dass der FVNF jedoch eine Vielzahl ethischer Fragestellungen aufwirft, welche das soziale Umfeld sowie betreuendes Fachpersonal verunsichern können.

In Anlehnung an den prinzipienorientierten Ansatz von Beauchamp und Childress (1994) sowie den Prinzipien des Nationalen Ethikrats (2006) und den Verhaltensnormen des ICN-Ethikkodex (2012) sollen im Folgenden die ethischen Aspekte beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit dargestellt werden. Besonders die Prinzipien der *Autonomie* und *Fürsorge* scheinen beim FVNF eine Rolle zu spielen. Des Weiteren stellt sich die Frage inwiefern ‚*Schaden vermieden*‘ werden kann und was im Kontext des FVNF eigentlich ‚*Gutes tun*‘ bedeutet.

Das Prinzip *Respekt vor der Autonomie* scheint bei Entscheidungen am Lebensende einen besonderen Stellenwert einzunehmen. Autonomie bedeutet in diesem Zusammenhang eigenmächtig die Entscheidung zu treffen einen Leidenszustand nicht länger aushalten zu wollen und stattdessen einen freiwilligen Ausweg aus dieser Situation zu wählen und selbstbestimmt über Zeitpunkt und Art des eigenen Todes zu entscheiden (Chabot und Walther 2015). Bereits der Sterbewunsch und der Gedanke an einen freiverantwortlichen Tod und dessen Planung sind als Ausdruck von Autonomie zu betrachten. Wird jedoch der ‚*Schutz des Lebens*‘ als höchster Wert verstanden, kann dieser Anspruch auf Autonomie nicht nur für die eigene Person abgelehnt, sondern auch anderen Menschen unter Umständen nicht zugestanden werden (Chabot und Walther 2015). Des Weiteren scheint die Entscheidung zum FVNF, als Resultat einer nachvollziehbaren Reflexion der eigenen Lebensumstände, bei einigen Menschen Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit dieser Person hervorzurufen. Scheinbar findet bei dem

Sterbewunsch häufig eine Assoziation mit einer psychischen Erkrankung statt und es scheint schwer nachvollziehbar zu sein, dass dieser womöglich das Ergebnis einer durchdachten Entscheidung ist (Chabot und Walther 2015). In diesem Moment stellt sich die Frage, ob nach dem Prinzip der *Fürsorge* der Sterbewillige in seinem Vorhaben gehindert und so der *Schutz des Lebens* gewahrt werden sollte. Klein Remane und Fringer (2013) weisen außerdem darauf hin, dass *Fürsorge* vor allem im Interesse des Gegenübers und nicht durch die eigene Autorität begründet sein sollte. Zu beachten ist außerdem, dass hinter dem Wunsch das Sterben zu beschleunigen, zumeist ein nachvollziehbarer Beweggrund steht. Häufig wird die persönliche Lebensqualität als schlecht beurteilt, oder sogar das Leben als würdelos empfunden. Es liegt vor allem in der Ansicht des Betroffenen zu beurteilen, wann sein Leben nicht mehr mit seiner Definition von Lebensqualität und Würde vereinbar ist (Chabot und Walther 2015). Denn auch wenn *Fürsorge* bedeutet, die Leiden eines Betroffenen bestmöglich zu lindern, muss verstanden werden, dass dies in einigen Fällen nicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität beiträgt und manche Menschen nicht gewillt sind, ihr Leiden weiterhin zu ertragen.

Der Nationale Ethikrat (2006) weist darauf hin, dass *Fürsorge und Solidarität* gegenüber einem Schwerkranken nicht nur bedeuten, dass Hilfe und Zuwendung gewährt werden, sondern auch Verständnis und Unterstützung dafür aufzubringen, dass das eigene Leben unter solchen Umständen nicht weitergelebt werden möchte.

Das Prinzip der *Schadensvermeidung* bezieht sich beim FVNF in der palliativen Pflege dementsprechend nicht darauf, das Sterben zu verhindern, sondern vor allem darauf Leiden zu lindern. ‚*Gutes zu tun*‘ bedeutet folglich die Lebensqualität des Betroffenen bis zu seinem Tod so gut wie möglich zu gestalten und die Bedürfnisse des Sterbenden zu respektieren.

Da der FVNF häufig das soziale Umfeld des Betroffenen mit einbindet, stellt sich die Frage welche ethischen Konsequenzen daraus entstehen, wenn sich die Angehörigen gegen den Todeswunsch wenden. Horowitz et al. (2016) zeigen anhand ihrer Fallstudie, dass der *Respekt vor der Autonomie* nicht zwangsläufig die Bedürfnisse und Bedenken der Angehörigen ausschließen muss, sondern im Rahmen einer guten und ehrlichen Kommunikation eine Lösung gefunden werden kann.

Laut ICN-Ethikkodex sind Pflegende dazu verpflichtet, ein Umfeld zu erschaffen, welches vom Respekt vor individuellen Wertvorstellungen und Gewohnheiten geprägt ist. Demnach steht es den Pflegenden nicht zu, den Wunsch das eigene Sterben zu beschleunigen sowie den Entschluss zum FVNF zu bewerten oder zu verurteilen. Ihre Aufgabe ist es vielmehr, diese Entscheidung in Anbetracht der grundsätzlichen und individuellen Werte zu reflektieren und zu diskutieren, um eine professionelle Haltung und Rolle in diesem Prozess zu finden. Was dies bedeutet und welche Rolle die Pflegenden beim FVNF einnehmen können, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

## 5.2 Die Rolle der Pflege beim freiwilligen Verzicht

Wie in Kapitel 3.5 dargestellt, ist eine professionelle ärztliche und pflegerische Begleitung beim FVNF unentbehrlich. Alleine die besondere Situation in der sich Betroffene und Angehörige befinden erfordert professionelle Unterstützung. Auch hinsichtlich potenziell auftretender Symptome ist eine pflegerische Kontrolle und Versorgung erforderlich. Dass Kritiker (Rady und Verheijde 2012; Nowarska 2011) mit einer Unvereinbarkeit mit dem Grundgedanken von Palliative Care argumentieren ist zwar bei bloßer Betrachtung der WHO Definition (2002) nachvollziehbar, in Anbetracht der unter Umständen leidvollen Situation eines Betroffenen jedoch unangebracht. Schließlich wäre die Konsequenz daraus, dass der Sterbewillige entweder seinen Zustand bis zu seinem Tod ertragen müsse oder aber dass er sich eventuell einen einsamen, schmerzvollen Ausweg aus dem Leben sucht. Auch dies wäre wohl kaum mit dem Grundgedanken von Palliative Care vereinbar. Des Weiteren darf nicht außer Acht gelassen werden, dass zwar der Tod möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt eintritt, jedoch der Sterbeprozess an sich nicht beschleunigt wird und während des Sterbens auch der Bedarf an professioneller palliativer Versorgung vonnöten ist.

So gilt es doch vor allem die Lebensqualität des Betroffenen bis zu seinem Tod bestmöglich zu gewährleisten und seine Bedürfnisse in besonderem Maße zu respektieren. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass für eigene Bedürfnisse und Wertvorstellungen in solch einem Prozess kein Platz ist.

Dennoch ist es nachvollziehbar, dass der FVNF Pflegende in moralische Konfliktsituationen bringen kann. Bereits der Sterbewunsch des palliativen Patienten kann einen ersten relevanten Konfliktaspekt darstellen. So zeigen

Harvath et al. (2006), dass besonders die Gefahr der Einflussnahme für Pflegende mit einem emotionalen Zwiespalt verbunden ist. In den durchgeführten Interviews der Studie berichten zwei Pflegende:

“If [the patient] even came to me and said ‘Just tell me what you think’, I don’t think I would. I don’t think I should be part of that decision-making process” (vgl. Harvath et al. 2006, S.205)

“[...] She desperately wanted me to tell her what to do. [...] And I’m glad I didn’t because I would have felt really bad about that because I know she would have done what ever I said.” (vgl. Harvath et al. 2006, S.205)

Daraus wird deutlich, dass Pflegende bei solch einer Entscheidung am Lebensende die Befürchtung haben, den Betroffenen zu beeinflussen und möglicherweise aufgrund Ratlosigkeit und Unsicherheit des Patienten, in dessen unabhängige freiverantwortliche Entscheidung einzugreifen. Dies kann ggf. Schuldgefühle auslösen, wenn sich ein Patient auf Basis pflegerischer Information für den FVNF entscheidet. Grund für diese emotionale Konfliktsituation kann möglicherweise ein Zwiespalt der Prinzipien *Fürsorge* und *Schadensvermeidung* sein. Fraglich ist jedoch, ob der Tod bei einem palliativen Patienten wirklich als *Schaden* zu beurteilen ist und ob nicht *Fürsorge* im Interesse der Berücksichtigung des Sterbewunsches des Betroffenen überwiegt. Dennoch ist der Prozess der Entscheidungsfindung bei einem Sterbewunsch schwierig. Einige Autoren positionieren sich dafür, dass der Patient wertfrei über alle legalen Möglichkeiten aufgeklärt und informiert werden sollte (Quill et al. 1997; Quill et al. 2000; Bolt et al. 2015; Lachmann 2015; Byock 1995), Andere stellen sich jedoch eindeutig dagegen, da der Betroffene dadurch beeinflusst oder die professionelle Beziehung zwischen Patient und medizinischem Fachpersonal zerstört werden könne (Corbett 2016; Jansen 2004; Rady und Verheijde 2012; Birnbacher 2015). Also steht weiterhin zur Diskussion, ob Informationen über den FVNF dem Betroffenen, gemäß der Vorstellung ‚den Patienten nicht auf die Idee bringen zu wollen‘, vorenthalten werden sollten. Dies ist laut Chabot und Walther (2015) im Einzelfall eine Frage von Verantwortung und letztlich auch eine ungerechtfertigte Bevormundung des Patienten. Auch in der qualitativen Erhebung von Harvath (2006) zeigen sich einige

Hospizpflegende diesbezüglich unkritisch: „[...] I consider it just a conversation. And we have a lot of important conversations when someone is getting ready to die.“ (vgl. Harvath 2006, S. 203).

Der Sterbewunsch eines Menschen sollte nicht als richtig oder falsch bewertet werden und wenn sich ein Patient aufgrund ausreichender Informationen zum FVNF entscheidet, dann ist diese autonome Entscheidung zu respektieren. Dies bedeutet natürlich nicht, dass alle Pflegenden unabhängig ihrer eigenen Wertvorstellungen verpflichtet sind, diesen Prozess zu begleiten. Kann das Pflegepersonal ihre Handlungen und Maßnahmen während des FVNF nicht mit ihren Werten und ihrem Gewissen vereinbaren, dann sollte am Prozess nicht teilgenommen werden. Es gibt im Zweifelsfall außerdem die Möglichkeit ein Ethikkomitee miteinzubeziehen oder eine ethische Fallbesprechung mit allen Beteiligten durchzuführen.

Die Rolle der Pflege könnte zunächst einmal die emphatische Aufnahme des Sterbewunsches sein. Der Betroffene sollte das Gefühl haben mit dem Pflegepersonal offen über Bedürfnisse, Ängste und Sorgen kommunizieren zu können. Es ist in diesem Kontext nicht Aufgabe der Pflegenden diese zu verurteilen oder zu bewerten. Vielmehr sollte sich einen Überblick über das Umfeld und die (Leidens-)situation verschafft und evaluiert werden, was den Betroffenen zu solch einem Wunsch veranlasst. Stehen Schmerzen, Symptome oder die Angst Angehörigen zur Last zu fallen ursächlich im Vordergrund, dann lässt sich vielleicht durch ein angepasstes Symptom- und Schmerzmanagement oder die Verlegung in ein Hospiz eine Besserung der Lebensqualität erreichen. Gleichzeitig schafft dies Zeit zur Beobachtung der Beständigkeit des Sterbewunsches und der Zurechnungsfähigkeit des Betroffenen. Unentbehrlich ist eine Fallkonferenz innerhalb des multidisziplinären Teams, um einen gemeinsamen Konsens zu finden sowie ein Gespräch mit dem Betroffenen, dessen Angehörigen, Pflegenden und einem Arzt. In diesem Gespräch sollte offen über Bedürfnisse, Ressourcen und Ängste gesprochen werden und letztlich auch Informationen über legale Möglichkeiten den Tod vorzeitig herbeizuführen neutral bereitgestellt werden.

Die Pflegenden sollten die Entscheidungsfindung zwar durch Bereitstellung von Informationen unterstützen sowie bei Fragen zur Durchführung und Handhabung des Prozesses eine beratende Funktion einnehmen, jedoch einen suggestiven Charakter tunlichst vermeiden.

Entscheidet sich der Patient für den FVNF, muss die palliative Versorgung gewährleistet sein. Wichtige Aufgaben der Pflegenden sind Symptomkontrolle und Management, Mundpflege sowie Anleitung der Angehörigen und Gesprächsführung am Lebensende.

Die Rolle der Pflege beim FVNF sollte sich nicht gravierend von der generellen Rolle der Pflege in der Palliativversorgung unterscheiden, auch wenn der FVNF eine besondere Situation darstellt. Es handelt sich vielleicht um ein ‚anderes Sterben‘ und zwar ein Sterben durch eine selbstbestimmte freiwillige Lebensbeendigung, dennoch sind die Bedürfnisse des Menschen und seiner Angehörigen in demselben Maße zu respektieren und zu achten wie bei anderen Patienten. Um diese Rolle wahrnehmen zu können, müssen sich Pflegende sowie Ärzte Wissen und Kompetenzen über den Verlauf, die Durchführung und die rechtlichen Rahmenbedingungen aneignen und schließlich durch eine Reflexion ethischer Werte und Prinzipien eine eigene professionelle Haltung zum FVNF entwickeln.

## 6 Fazit

Der FVNF scheint vor allem in Deutschland eine Handlung zu sein, die sich eher abseits von gesundheitsversorgenden Institutionen und Akteuren ereignet. Gründe dafür können Unsicherheiten hinsichtlich rechtlicher und ethischer Kriterien auf Seiten von Patienten sowie medizinischem Fachpersonal sein. Studienergebnisse und zahlreiche Expertenmeinungen aus anderen Ländern zeigen jedoch, dass der FVNF in der palliativen Pflege zumindest aus rechtlicher Sicht unbedenklich ist, solange gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sind. Chabot und Walther (2015) weisen diesbezüglich auf eine Modifizierung von Garantenpflicht und Patientenverfügung sowie einer genauen Dokumentation des Prozesses und der Freiverantwortlichkeit des Betroffenen hin. Aus ethischer Sicht ist es letztlich eine Frage der Gewichtung ethischer Werte und Prinzipien: Legitimiert der *Respekt vor der Autonomie* eines Menschen die Unterstützung bei der Durchführung des FVNF oder empfindet man den *Schutz des Lebens* und vielleicht eine eigene Definition von *Fürsorge* und *Schadensvermeidung* als höherwertig und entzieht sich der Betreuung des Patienten? Dies sind letztlich individuelle Abwägungen des Einzelnen und auch diese sind je nach Wertvorstellungen zu respektieren. Entscheidend ist, dass eine Reflexion und Auseinandersetzung mit ethischen Werten und Prinzipien stattfindet, nicht nur um letztlich eine Begründung für das eigene Handeln liefern zu können, sondern auch um deutlich zu machen, dass pflegerisches Handeln nicht auf Intuition, sondern auf einer reflektierten, professionellen Basis beruht. Nur durch die Reflexion des eigenen Handelns und systembezogener Kontextfaktoren gelingt eine kritische Betrachtung der Situation, welche Potenzial für die Weiterentwicklung der pflegerischen Profession beinhaltet. Bedeutsam für das Pflegehandeln ist außerdem, eine genauere wissenschaftliche Darstellung der Thematik des FVNF. Zu Beginn der Literaturrecherche scheint zunächst ein relativ großes Spektrum an wissenschaftlicher Literatur zum FVNF verfügbar. Bei dezidierter Sichtung der Artikel wird jedoch deutlich, dass ein Großteil eher Falldarstellungen und Expertenmeinungen bzw. -diskussionen beinhaltet anstelle wissenschaftlicher Recherche und Forschung. Die meisten Studien gelten der Befragung Angehöriger oder medizinischen Fachpersonals. Insgesamt liegen nur wenig Informationen aus Sicht der Betroffenen vor, Falldarstellungen können diesbezüglich jedoch einen Einblick geben. Auffallend ist, dass ein Großteil der

wissenschaftlichen Studien aus den Niederlanden und dem amerikanischen Bundesstaat Oregon stammt, dort scheint der FVNF differenzierter untersucht als beispielweise in Deutschland.

Für das Sicherheitsgefühl von medizinischem Fachpersonal und für die Evaluation und Optimierung des Versorgungsprozesses werden jedoch dringend klinische Leitlinien und Handlungsanweisungen benötigt. Das pflegerische Handeln ist auf empirische Forschung im Bereich des FVNF und des Sterbewunsches angewiesen, um in der Betreuung von Betroffenen auf evidenzbasierte Kenntnisse zurückgreifen zu können. Dazu ist es jedoch vonnöten, dass der FVNF im Kontext einer professionellen Betreuung stattfindet, nicht nur um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können, sondern letztlich auch um Daten und Erfahrungen erheben zu können. Des Weiteren birgt der FVNF Potenzial für weitere pflegewissenschaftliche Fragestellungen, welche bislang noch keinerlei Beachtung gefunden haben, jedoch ebenfalls eine hohe Relevanz für die pflegerische Betreuung aufweisen. Auf Basis dieser Arbeit wurden drei weitere Forschungsfragen zum FVNF entwickelt:

1. *Welche pflegerischen Interventionen haben Einfluss auf die Lebensqualität eines Patienten, der sich für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheidet?*
2. *Welche Rolle nehmen ethische Fallbesprechungen beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ein?*
3. *Inwieweit beeinflusst der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit den Trauerprozess der Angehörigen?*

Diese verbliebenden Fragestellungen zeigen, dass der FVNF noch bislang unbedachte Fragestellungen offenlässt und sich weiterhin mit dieser besonderen Entscheidung am Lebensende auseinandergesetzt werden muss.

Abschließend soll erneut auf die Diskussion in Kapitel 3.4 Bezug genommen werden und der FVNF auf Basis dieser Arbeit eingeordnet beziehungsweise neu definiert werden. Die Oberbegriffe Suizid, natürlicher Tod und Therapieverzicht sind nicht

ausreichend um den FVNF in all seinen Dimensionen zu erfassen. Eine Einordnung in diese ‚Sterbekategorien‘ wird dem FVNF in seiner Komplexität nicht gerecht.

Der FVNF wird nach ausführlicher Auseinandersetzung mit seinen zahlreichen zu berücksichtigenden Aspekten abschließend folgendermaßen definiert:

Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) stellt eine besondere, individuelle Entscheidung am Lebensende dar, welche durch eine freiwillige Unterlassung von Nahrung- und Flüssigkeitsaufnahme, selbstbestimmtes Leben und Sterben ermöglicht. Dies wird getan um das persönliche Wohlbefinden wiederherzustellen und die eigene Würde bis zum Tod aufrecht zu erhalten.

## Literaturverzeichnis

- Albisser Schleger, H.; Mertz, M.; Meyer-Zehnder, B.; Reiter-Theil, S. (2012): *Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S. 61-104
- Balaguer, A.; Monforte-Royo, C.; Porta-Sales, J.; Alonso-Babarro, A.; Altisent, R.; Aradilla-Herrero, A.; Bellido-Pérez, M.; Breitbart, W.; Centeno, C.; Cuervo, M. A.; Deliens, L.; Frerich, G.; Gastmans, C.; Lichtenfeld, S.; Limonero, J.T.; Maier, M.A.; Materstvedt, L.J.; Nabal, M.; Rodin, G.; Rosenfeld, B.; Schroepfer, T.; Tomás-Sábado, J.; Trelis, J.; Villavicencio-Chávez, C.; Voltz, R. (2016): An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. In: PLoSONE11(1): e0146184.doi:10.1371/journal.pone.014618, S 1-14
- Beauchamp, T. und Childress, J. (1994): *Principles of Biomedical Ethics*. 4. Aufl., New-York: Oxford University Press
- Bernat, J.; Gert, B.; Mogielnicki, P. (1993): Patient Refusal of Hydration and Nutrition. An Alternative to Physician-Assisted Suicide or Voluntary Active Euthanasia. In: *Archives of Internal Medicine*. Jg.153 (Nr. 27), S. 2723 – 2727
- Birnbacher, D. (2015): Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? In: *Ethik in der Medizin*, Jg. 27, S. 315-324
- Bolt, E.; Hagens, M.; Willems, D.; Onwuteaka-Philipsen, B. (2015): Primary Care Patients Hastening Death by Voluntary Stopping Eating and Drinking. In: *Annals of Family Medicine*. Jg.13 (Nr.5), S. 421-428
- Byock, I. (1995): Patient refusal of nutrition and hydration. Walking the ever-finer line. In: *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. S.8-13
- Chabot, B. und Goedhart, A. (2009): A survey of self-directed dying attending by proxies in the Dutch population. In: *Social Science & Medicine*. Jg. 68, S.1745-1751
- Chabot, B. und Walther, C. (2015): *Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*. 4. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag

- Corbett, M. (2016): VSED: Death With Dignity or Without? In: *Narrative Inquiry in Bioethics*. Jg. 6 (Nr.2), S.109-113
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2014): Ärztlich Assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/aerztlich-assistierter-suizid-reflexionen-der-deutschen-gesellschaft-fuer-palliativmedizin.html> [Zugriff am 25.04. 2017]
- Deutschinoff, G.; Friedrich, C.; Thiem, U.; Voigtmann, R.; Pientka, L. (2005): Lebensqualität in der Onkologie – Status Quo und Ausblick. In: *Der Onkologe*. Jg. 11 (Nr.2), S. 164-172
- Frankena, W. (2017): *Ethik. Eine analytische Einführung*. N. Hoerster (Hrsg.), 6. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Ganzini, L.; Goy, E.; Miller, L.; Harvath, T.; Jackson, A.; Delorit, M. (2003): Nurses' Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. In: *The New England Journal of Medicine*. Jg. 349 (Nr.4), S. 359-365
- Harvath, T. Miller, L.; Smith, K.; Clark, L.; Jackson, A.; Ganzini L. (2006): Dilemmas Encountered by Hospice Workers When Patients Wish to Hasten Death. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. Jg. 8 (Nr.4), S. 200-209
- Höhl, B. (2016): Gütekriterien für qualitative Forschung. In: Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hrsg.) *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer-Verlag, S.127-130
- Horowitz, R.; Sussman, B.; Quill, T. (2016): VSED Narratives: Exploring Complexity. In: *Narrative Inquiry in Bioethics*. Jg. 6 (Nr.2), S. 115-120
- International Council of Nurses (2012): The ICN Code of Ethics for Nurses. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/> [Zugriff am 10.05. 2017]
- Ivanovic, N.; Büche, D.; Fringer, A. (2014): Voluntary stopping eating and drinking at the end of life – a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. In: *BMC Palliative Care*. Jg.13 (Nr.1), S. 1-8
- Jansen, L. (2004): No Safe Harbor: The Principle of Complicity and the Practice of Voluntary Stopping of Drinking and Eating. In: *Journal of Medicine and Philosophy*. Jg. 29 (Nr.1), S. 61-74

- Kastbom, L.; Milberg, A.; Karlsson, M. (2016): A good death from the perspective of palliative cancer patients. In: *Supportive Care in Cancer*. Jg. 25, S. 933-939
- Klein Remane, U. und Fringer, A. (2013): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: Ein Mapping Review. In: *Pflege*. Jg. 26 (Nr.6), S. 411-420
- Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (2014): *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. 5. Aufl., Berlin: Springer-Verlag
- Lay, R. (2012): *Ethik in der Pflege*. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2. Aufl., Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Monforte-Royo, C.; Villavicencio-Chávez, C.; Tomás-Sábado, J.; Balaguer, A. (2011): The wish to hasten death: a review of clinical studies. In: *Psycho-Oncology*. Jg. 20, S. 795-804
- Nationaler Ethikrat (2006): Stellungnahme: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.  
<http://www.ethikrat.org/themen/ende-des-lebens/sterbebegleitung-sterbehilfe> [Zugriff am 04.05.2017]
- Nowarska, A. (2011): To feed or not to feed? Clinical aspects of withholding and withdrawing food and fluids at the end of life. In: *Advances in Palliative Medicine*. Jg.10 (Nr.1), S. 3-10
- Perkhofer, S. (2016): Was ist quantitative Forschung? In: Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Berlin: Springer-Verlag, S.138-145
- Rady, M. und Verheijde, J. (2012): Distress from voluntary refusal of food and fluids to hasten death: what is the role of continuous deep sedation? In: *Journal of Medical Ethics*. Jg. 38, S. 510-512
- Reibnitz, C. von; Sonntag, K.; Stackbein, D. (2017): *Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele*. Berlin: Springer-Verlag, S. 78-82
- Schäfers, B. (2016): Soziales Handeln und seine Grundlagen: Normen, Werte, Sinn. In: *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie*. 9. Aufl., Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 38-40
- Schnell, M.; Schulz, C. (2014): *Basiswissen Palliativmedizin*. Berlin: Springer-Verlag

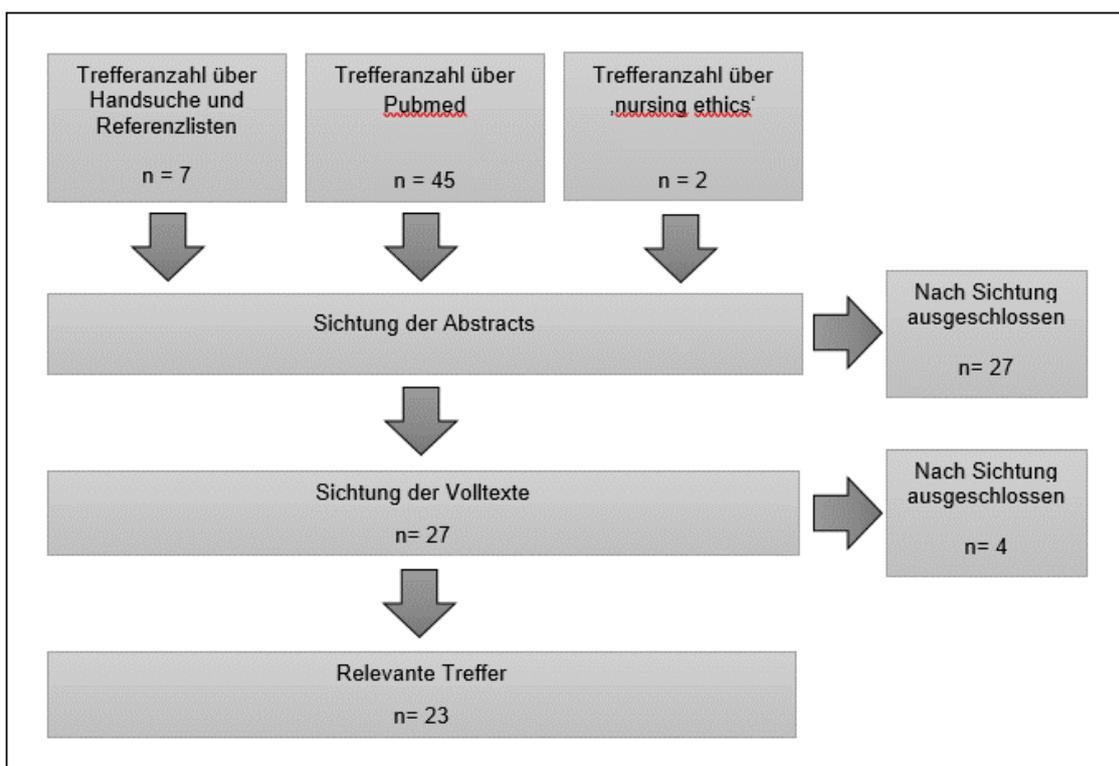
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017): Critical Appraisal: Notes and Checklists.  
<http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html> [Zugriff am 17.05.2017]
- Simon, A. und Hoekstra, N.L. (2015): Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? In: *Deutsche medizinische Wochenschrift*. Jg.140, S. 1100-1102
- Terman, S. (2001): Determining the decision-making capacity of a patient who refused food and water. In: *Palliative Medicine*, Jg.15, S. 55-60
- Quill, T. (2015): Voluntary of Stopping Eating and Drinking (VSED), Physician-Assisted Death (PAD), or Neither in the Last Stage of Life? Both should be Available as a Last Resort. In: *Annals of Family Medicine*. Jg.13 (Nr.5), S.408-409
- Quill, T.; Bernard L.; Brock D. (1997): Palliative Options of Last Resort a Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia. In: *Journal of the American medical Association*, Jg. 278 (Nr.23), S. 2099-2104
- Quill, T.; Coombs Lee, B.; Nunn, S. (2000): Palliative Treatments of Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative. In: *Annals of Internal Medicine*. Jg. 132, S. 488-493
- Quill, T. und Byock, I. (2000): Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids. In: *Annals of Internal Medicine*. Jg.132, S. 408-404
- World Health Organization (2002): WHO definition of Palliative Care.  
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Zugriff am 07.04.2017]

## Anhang

### A1 Literaturrecherche via Pubmed (vom 26.12.2016)

| Nummer | Verknüpfung                      | Suchbegriff  | Treffer |
|--------|----------------------------------|--|---------|
| 1      |                                  | VRFF   | 4       |
| 2      |                                  | VSED   | 21      |
| 3      |                                  | voluntary stopping eating and drinking   | 15      |
| 4      |                                  | food and fluid refusal   | 28      |
| 5      |                                  | voluntary refusal of food and fluids   | 8       |
| 6      |                                  | refusing food and fluids   | 3       |
| 7      | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 | VRFF OR VSED OR voluntary stopping eating and drinking OR food and fluid refusal OR voluntary refusal of food and fluids OR refusing food and fluids   | 64      |
| 8      |                                  | nurs*  | 850588  |
| 9      |                                  | care   | 2024539 |
| 10     |                                  | palliative care  | 61283   |
| 11     |                                  | end of life care   | 68870   |
| 12     |                                  | health care  | 1583981 |
| 13     | #8 OR #9 Or #10 OR #11 OR #12    | nurs* OR care OR palliative care OR end of life care OR health care  | 2870981 |
| 14     | #7 AND #13                       | nurs* OR care OR palliative care OR end of life care OR health care AND VRFF OR VSED OR voluntary stopping eating and drinking OR food and fluid refusal OR voluntary refusal of food and fluids OR refusing food and fluids | 45      |

## A2 Flowchart: Sichtung der Literatur



### A3 Bewertung des Systematic Review nach SIGN

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>SIGN</b>  | <b>Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses</b><br>SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: <i>Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10">http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10</a> [cited 10 Sep 2012]</i> |  |
| Ivanovic, N.; Büche, D.; Fringer, A. (2014): Voluntary stopping eating and drinking at the end of life – a ‘systematic search and review’ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life |  |  |
| Checklist completed by: Freya Brodersen   |  |  |
| <b>Section 1: Internal validity</b>   |  |  |
| <i><b>In a well conducted systematic review:</b></i>  |  | <i>Does this study do it?</i>  |
| 1.1   | The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.  | Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| 1.2   | A comprehensive literature search is carried out.  | Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Not applicable <input type="checkbox"/> |
| 1.3   | At least two people should have selected studies.  | Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| 1.4   | At least two people should have extracted data.  | Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |
| 1.5   | The status of publication was not used as an inclusion criterion.  | Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  |
| 1.6   | The excluded studies are listed.   | Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1.7   | The relevant characteristics of the included studies are provided.  | Yes <input checked="" type="checkbox"/>  | No <input type="checkbox"/>            |
| 1.8   | The scientific quality of the included studies was assessed and reported.   | Yes <input checked="" type="checkbox"/>  | No <input type="checkbox"/>            |
| 1.9   | Was the scientific quality of the included studies used appropriately?  | Yes <input checked="" type="checkbox"/>  | No <input type="checkbox"/>            |
| 1.10  | Appropriate methods are used to combine the individual study findings.  | Yes <input type="checkbox"/><br>Can't say <input type="checkbox"/>   | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| 1.11  | The likelihood of publication bias was assessed appropriately.  | Yes <input type="checkbox"/><br>Not applicable <input checked="" type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/>            |
| 1.12  | Conflicts of interest are declared.   | Yes <input type="checkbox"/>   | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b> |   |  |  |
| 2.1   | What is your overall assessment of the methodological quality of this review?   | High quality (++) <input type="checkbox"/><br>Acceptable (+) <input type="checkbox"/><br>Low quality (-) <input checked="" type="checkbox"/><br>Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/> |  |
| 2.2   | Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?  | Yes <input checked="" type="checkbox"/>  | No <input type="checkbox"/>            |
| 2.3   | <p><b>Notes:</b></p> <p>Das Systematic Review ist nützlich für die Gewinnung eines allgemeinen Überblicks über die Thematik des FVNF. Dennoch weist es in der Methodik Mängel auf und ist daher mit einer niedrigeren Qualität zu kennzeichnen.</p> |  |  |

**A4 Modifizierung von Patientenverfügung und Garantenpflicht**

(vgl. Chabot und Walther 2015, S. 172- 174)

**Verfügung**

mein vorzeitiges Versterben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) betreffend

Ich, \_\_\_\_\_,  
 erkläre nach reiflicher Überlegung auf Grund meiner gesamten Lebenseinstellung und auf Grund meiner derzeitigen gesundheitlichen Situation, insbesondere wegen

---



---



---

Folgendes:

Ich habe mich entschlossen, in allernächster Zeit durch konsequenten freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) vorzeitig aus dem Leben scheiden.

Hiermit bestimme ich: Wenn ich während oder infolge von FVNF nicht mehr ansprechbar bin, darf keinerlei Versuch unternommen werden, mein Leben zu retten; vielmehr ist auch dann mein Sterbewille konsequent zu achten. Insbesondere untersage ich Wiederbelebung, künstliche Kalorienzufuhr in welcher Form auch immer sowie künstliche Flüssigkeitszufuhr (außer wenn diese als einzige Möglichkeit zur Verabreichung lindernder Medikamente palliativmedizinisch unverzichtbar ist).

Weder ein(e) Arzt / Ärztin noch Angehörige oder andere Personen dürfen den Todeseintritt auf irgendeine Weise verhindern, sei es durch eigene Maßnahmen oder durch solche eines hinzugezogenen Notarztes. Sollte es zu einer lebensbedrohenden oder lebensverkürzenden Komplikation (wie z. B. einer Pneumonie) oder einem Gebrechen kommen oder ein bereits bestehendes Leiden sich verschlimmern,

[zutreffendes bitte kennzeichnen]

so soll die Minderung eines hiermit eventuell verbundenen Leidens das Ziel ärztlicher Handlungen sein, ohne dass diese Maßnahmen zu einer Rücknahme bzw. Blockade meines selbst gewählten Weges aus dem Leben führen.

so ist im Sinne meiner Patientenverfügung (ggf. in Kurzform als „Notfallbogen“) vom ..... zu verfahren.

Ich wünsche bei Bedarf Pflege und palliative Versorgung wie in der Sterbebegleitung üblich (unter besonderer Berücksichtigung von Mundpflege bzw. Feuchthalten der Schleimhäute). Mein Sterbevorgang soll einerseits zugelassen, andererseits bei Bedarf erleichtert werden (z. B. Linderung von Angst, erheblichem Unwohlsein, Schmerzen, Durstgefühl, Erbrechen, Atemnot usw.; beschwerde- und schmerzlindernden Maßnahmen stimme ich hiermit ausdrücklich zu.

[Nichtzutreffendes bitte streichen.]

Da diese aktuelle FVNF-Patientenverfügung hinsichtlich des zu verwendenden Therapieziels in ihrer Verbindlichkeit vollkommen eindeutig ist, bedarf es für ihre Umsetzung keines / keiner Betreuers / Betreuerin oder Bevollmächtigten.

[Falls zutreffend bitte kennzeichnen:]

Dessen ungeachtet habe ich \_\_\_\_\_  
eine Vorsorgevollmacht (Gesundheitsvollmacht) erteilt.

Ich behalte mir vor, mich in den ersten Tagen meines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit zum Weiterleben umzuentcheiden. Ich lehne allerdings jede Form von Drängen dazu als Nötigung ab und wünsche kein Anreichen von Nahrung oder Flüssigkeit, es sei denn, ich würde im noch einsichtsfähigen Zustande danach verlangen.

Falls eine bereits früher von mir verfasste Patientenverfügung vorliegt, bleibt diese weiterhin gültig. Die heute getroffene FVNF-Verfügung ist ggf. als deren Aktualisierung anzusehen, die mit ihrem eindeutigen Situationsbezug im Zweifelsfall **vorrangig** gilt.

---

**Ergänzung: Modifizierung der Garantenpflicht** (ggf. streichen)

Ich möchte von Dr. med. \_\_\_\_\_  
in dieser meiner letzten Lebensphase bis zum Eintritt des Todes begleitet und ggf. palliativärztlich betreut werden.  
Ich weiß [Unzutreffendes bitte streichen], dass \_\_\_\_\_  
als Ärztin / Arzt beziehungsweise

als Ehefrau / Ehemann / Tochter / Sohn (ggf. andere Art der persönlichen Beziehung: \_\_\_\_\_) normalerweise meinem Leben verpflichtet ist / sind oder, wenn ich infolge von FVNF irgendwann nicht mehr ansprechbar bin, mich retten müsste(n). Hiermit bestimme ich aber, dass sie / er dies unterlassen soll(en). Ich nehme sie / ihn in die Pflicht, meinen Sterbewillen zu achten und ihm ggf. Geltung zu verschaffen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

---

### Anmerkung

Ich, Notar, Arzt, Bekannter, Verwandter, Psychologe,.....

[Unzutreffendes streichen]

erkläre hiermit:

Es bestanden keine Hinweise auf eine verminderte oder fehlende Freiverantwortlichkeit von Frau / Herrn \_\_\_\_\_, die Zweifel an der Gültigkeit dieser Verfügung rechtfertigen würden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

**Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

---

Ort, Datum

---

Freya Brodersen