

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. med. C. Wieseemann

der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und
Flüssigkeit – eine Bewertung aus Sicht
von palliativmedizinischen und
hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät der

Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Nina Luisa Hoekstra

aus

Aachen

Göttingen 2020

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Referent: Prof. Dr. phil. A. Simon

Ko-Referent: Prof. Dr. med. F. Nauck

Drittreferentin: Prof. Dr. M. Schön

Datum der mündlichen Prüfung: 09.06.2021

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine Bewertung aus Sicht von palliativmedizinisch und hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten“ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den 03.06.2021

Die Daten, auf denen die vorliegende Arbeit basiert, wurden teilweise publiziert:

Hoekstra NL, Strack M, Simon A (2015): Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Umfrage (n = 255). Z Palliativmed 16, 68-73

Simon A, **Hoekstra NL** (2015): Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? Dtsch Med Wochenschr 140, 1100-1102

Hoekstra NL, Simon A: Empirische Daten zum Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, In: Coors, M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. 1. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart 2019, 94-10

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Stand der Forschung.....	4
1.2 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	4
1.2.1 Begriffsbestimmung.....	5
1.2.2 Bisherige Erfahrungen mit freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	8
1.2.3 Vorteile und Nachteile des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit.....	14
1.2.4 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch medizinisches Personal.....	17
1.3 Ärztliche Begleitung einer Patientin oder eines Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	18
1.3.1 Sicherstellen der freiverantwortlichen Entscheidung	20
1.3.2 Symptommanagement	21
1.4 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als eine suizidale Handlung.....	23
1.5 Ethische und rechtliche Einordnung der ärztlichen Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	28
1.6 Zusammenfassung	31
2 Material und Methoden	34
2.1 Fragestellungen und Methodik.....	34
2.2 Auswahl der Stichprobe.....	35
2.3 Der Fragebogen	36
2.3.1 Themenkomplex 1: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.....	36
2.3.2 Themenkomplex 2: Bewertung der Thematik.....	38
2.3.3 Themenkomplex 3: Soziodemographische Daten	41

2.4	Versand der Fragebögen.....	41
2.5	Analyse und statistische Verfahren	42
3	Ergebnisse	43
3.1	Soziodemographische Daten	43
3.2	Kenntnisstand bezüglich des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit	46
3.3	Bisherige Erfahrung mit der Thematik.....	46
3.4	Bisherige Erfahrungen mit der Betreuung von Patientinnen und Patienten	48
3.5	Begrifflichkeiten.....	52
3.6	Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit	53
3.6.1	Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von Eigenschaften des Patienten.....	54
3.6.2	Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von Eigenschaften der befragten Ärztinnen und Ärzte	58
3.7	Grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung.....	63
3.8	Vergleich der Einstellung zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung.....	63
3.9	Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von der persönlichen Einstellung der Befragten gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung.....	65
3.10	Zusammenfassung der Ergebnisse	67
4	Diskussion	70
4.1	Kenntnisstand der Thematik und bisherige Erfahrungen der Befragten.....	71
4.2	Bewertung der Thematik	74
4.2.1	Bewertung in Abhängigkeit von grundsätzlicher Einstellung gegenüber ärztlich assistiertem Suizid	76
4.3	Limitationen.....	78
4.4	Schlussfolgerungen.....	79

5	Zusammenfassung und Ausblick	80
6	Anhang.....	82
6.1	Fragebogen	90
6.2	Fragebogen mit Grundauszählung.....	100
7	Literaturverzeichnis	112
7.1	Internetseiten der Ärztekammern.....	119

Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1:</u> Frage 1: Ist Ihnen der Begriff oder die Thematik des FVNF bekannt?	46
<u>Abbildung 2:</u> Frage 2: Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von Patienten auf die Thematik des FVNF angesprochen?	47
<u>Abbildung 3:</u> Frage 3: Haben Sie in den letzten 5 Jahren einem Patienten gegenüber die Möglichkeit des FVNF erwähnt?.....	47
<u>Abbildung 4:</u> Frage 4: Haben Sie in den letzten 5 Jahren Patienten beim FVNF betreut?	48
<u>Abbildung 5:</u> Einschätzung der Belastung der am FVNF beteiligten Personen	51
<u>Abbildung 6:</u> Frage 3.9: Wie belastend empfanden Sie den Verlauf für die beteiligten Personen?	52
<u>Abbildung 7:</u> Befürwortung des FVNF durch die teilnehmenden Ärzte in Abhängigkeit von der Patientensituation.....	54
<u>Abbildung 8:</u> Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit der Patientensituation und Vorliegen der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.....	59
<u>Abbildung 9:</u> Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit des Geschlechtes der Teilnehmenden...60	
<u>Abbildung 10:</u> Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit der Patientensituation und des Alters der Teilnehmenden	61
<u>Abbildung 11:</u> Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit von Patientensituation und der Anzahl der bereits betreuten Patienten durch die Teilnehmenden.....	62
<u>Abbildung 12:</u> Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden zum FVNF	64
<u>Abbildung 13:</u> Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung	64
<u>Abbildung 14:</u> Befürwortung des FVNF in Abhängigkeit von der Patientensituation und der Befürwortung des ärztlich assistierten Suizids.....	66
<u>Abbildung 15:</u> Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden gegenüber FVNF und der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mehrfaktorielles Design der Patientenfallbeispiele.....	39
Tabelle 2: Aussagen zur Bewertung der präsentierten Fallbeispiele	40
Tabelle 3: Aussagen zur Bewertung der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung.....	41
Tabelle 4: Charakteristika der an der Umfrage teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.....	45
Tabelle 5: Angaben zu den Patienten	50
Tabelle 6: Zustimmungsmittelwerte zu den vignetten-präsentierten Aussagen	57
Tabelle 7: Einfluss der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin auf die Befürwortung des FVNF durch die Teilnehmenden.....	59
Tabelle A1: Kommentarerfassung.....	84

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärzterkammer
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPC	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
EAPC	European Association for Palliative Care
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Königlich-Niederländische Gesellschaft zur Förderung der Medizin)
StGB	Strafgesetzbuch
VetVN	Beroepsvereniging van zorgprofessionals (Berufsvereinigung der Pflegeberufe)
VRFF	Voluntary refusal of food and fluids
VSED	Voluntary stopping of eating and drinking

1 Einleitung

„Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ urteilt am 26. Februar 2020 der Zweite Senat des deutschen Bundesverfassungsgerichts (Bundesverfassungsgericht 2020). In den Leitsätzen des Urteils heißt es: „Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, sowie sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“ (Bundesverfassungsgericht 2020).

Dieser Urteilsspruch beendet damit vorläufig die Debatte um den 2015 mit großer Mehrheit im Deutschen Bundestag verabschiedeten § 217 StGB¹, der die gesellschaftliche, politische, rechtliche und medizinische Diskussion zum Umgang mit dem Wunsch auf ein selbstbestimmtes Sterben dominiert hatte. § 217 StGB stellte die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe und verhinderte damit bisher die Etablierung von Sterbeorganisationen wie *Dignitas* oder *Exit* in Deutschland. Während unsere Nachbarländer Schweiz und Niederlande sich als Gesellschaften verstehen, in denen unter bestimmten Umständen das Recht, den eigenen Tod vorzuziehen, unterstützt wird, war es in Deutschland mit in Kraft treten des § 217 StGB Patientinnen und Patienten „faktisch unmöglich, die von ihnen gewählte, geschäftsmäßig angebotene Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen“ (Bundesverfassungsgericht 2020). So entschied sich als prominentes Beispiel etwa der an einem Hirntumor erkrankte Schriftsteller Wolfgang Herrndorf nach intensiver Auseinandersetzung mit möglichen Alternativen zum Suizid, sich mit einer Waffe zu erschießen. Der Prozess bis zu dieser Tat ist in seinem Internettagebuch „Arbeit und Struktur“ festgehalten (Wolfgang Herrndorf). Es bleibt die Kritik, auf diese Art und Weise aus dem Leben treten zu müssen, sei „eines zivilisierten mitteleuropäischen Staates nicht würdig“ (Knippals 2014).

¹ § 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung): „(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht“ (Bundesärztekammer 2017).

Wie aber kann die praktische Umsetzung des verfassungsrechtlich fest verankerten Rechtes auf ein selbstbestimmtes Sterben aussehen? Zwar müssen nun Ärztinnen und Ärzte, die sich in Deutschland bereit erklären, diese benannte Hilfe bei der Umsetzung eines selbstbestimmten Sterbens anzubieten, nicht mehr mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen. Es bleiben aber die berufsrechtlichen Sanktionen.²

„Es bleibt dabei, dass die deutsche Ärzteschaft die Auffassung vertritt, dass die Beihilfe zum Suizid keine eigentliche ärztliche Aufgabe ist“, kommentiert der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt das Urteil des Bundesverfassungsgerichts am 26. Februar 2020 (RBB Inforadio 2020). Ob und in welchem Umfang sich die ärztliche Beihilfe zum Suizid also tatsächlich in der klinischen Praxis etablieren wird, wird Gegenstand der künftigen gesellschaftlichen, politischen, ethischen und rechtlichen Diskussion sein.

Welche Möglichkeit aber besteht nun für Patientinnen und Patienten hierzulande, ihr Leben angesichts einer schweren Erkrankung selbstbestimmt zu beenden? Chabot und Walther schlagen in ihrem 2009 in erster Auflage erschienenen Buch „Ausweg am Lebensende“ den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF, auch „Sterbefasten“ genannt) als einen Weg vor (Chabot und Walther 2015). Auch der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht den begleiteten FVNF als eine Alternative zu dem von ihm abgelehnten ärztlich assistierten Suizid (Nauck et al. 2014; Radbruch et al. 2019). Es überrascht daher nicht, dass FVNF zunehmend an wissenschaftlicher Aufmerksamkeit gewinnt und von Expertinnen und Experten aus (Medizin-) ethischer, juristischer, medizinischer und theologischer Sicht untersucht wird; Beispiele für diese multidisziplinäre Betrachtung aus dem vergangenen Jahr stellen eine Ausgabe der Zeitschrift für medizinische Ethik, welche sich ausführlich mit FVNF beschäftigt, sowie ein Sammelbeitrag der Herausgeber Michael Coors, Alfred Simon und Bernd Alt-Epping dar (Coors et al. 2019). Im Kontrast dazu war FVNF zum Zeitpunkt der Entstehung der vorliegenden Arbeit und der damit verbundenen Forschung 2014 jedoch noch eine wissenschaftlich gering aufgearbeitete Thematik (Ivanović et al. 2014; Bolt et al. 2015).

² § 16 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des Beschlusses des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ (Bundesärztekammer 2018).

Während die gegenwärtige Forschung sich also intensiv mit der ethischen Bewertung des FVNF auseinandersetzt, liegen jedoch bislang weiterhin nur wenige empirische Arbeiten zu der Thematik vor. Diese stammen, mit Ausnahme der vorliegenden Arbeit, zudem alle aus dem Ausland. Welche Erfahrungen Ärzte und Ärztinnen in Deutschland mit dem FVNF gemacht haben, wurde bislang nicht empirisch untersucht. Auch ist unklar, wie Ärztinnen und Ärzte in Deutschland vor dem Hintergrund der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid FVNF als Möglichkeit des selbstbestimmten Sterbens bewerten.

Um Erkenntnisse zu gewinnen, ob und in welchem Ausmaß FVNF in der Versorgung von palliativmedizinisch betreuten Patientinnen und Patienten in Deutschland eine Rolle spielt, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine Umfrage unter zur Weiterbildung ermächtigten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie zur Weiterbildung ermächtigten Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern durchgeführt. Zusätzlich sollten die bisherigen Erfahrungen der Befragten mit FVNF und ihrer ärztlichen Betreuung eines Patienten beim FVNF aufgearbeitet werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung sollte die Bewertung des FVNF durch die Teilnehmenden und ihr ärztliches Handeln hierbei darstellen.

Zunächst soll in den ersten Abschnitten der Arbeit ein Überblick über die bisherige wissenschaftliche Aufarbeitung des Themas sowie den Stand der Forschung gegeben werden. Im Anschluss werden die durchgeführte Studie und ihre Ergebnisse vorgestellt. Im darauffolgenden Kapitel sollen die Ergebnisse der Studie kritisch diskutiert und wichtige Schlussfolgerungen dargelegt werden. Den Abschluss bildet ein Ausblick auf noch zu leistende Forschungsarbeit.

1.1 Stand der Forschung

Das folgende Kapitel soll der Aufarbeitung des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit dienen. Zunächst wird die Begrifflichkeit freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit definiert und erläutert. Zudem werden die bisherigen Erfahrungen zum Ablauf des Sterbeprozesses, ausgelöst durch FVNF, sowie das Aufgabenspektrum für das begleitende medizinische Personal geschildert. Im Anschluss werden die unterschiedlichen ethischen und rechtlichen Einordnungen des FVNF und der ärztlichen Begleitung hierbei vorgestellt.

Der Inhalt der folgenden Kapitel stützt sich auf die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche in der Datenbank *PubMed* sowie einer Schlagwortsuche in der Datenbank *ETHMED*, welche als umfassende Recherche im Vorfeld der Befragung im Jahr 2014 stattfand. Während der Entstehung dieser Arbeit erschienene relevante Veröffentlichungen wurden per Handsuche ergänzt. Zur Überprüfung der Aktualität dieser Arbeit erfolgte 2019 eine erneute Literaturrecherche in den genannten Datenbanken.

1.2 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

In den deutschen Medien ist die Thematik des FVNF in den letzten Jahren zunehmend präsent und spiegelt das wachsende Interesse an dieser Möglichkeit des selbstbestimmten Sterbens wider.³ Obwohl diese Praxis eine bis in die Antike zurück reichende Tradition hat (Birnbacher 2015), fand der FVNF bislang national und auch international wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit (Bolt et al. 2015; Ivanović et al. 2014). Die bisherige Forschung wird als heterogen und wenig aussagekräftig bezeichnet (Ivanović et al. 2014). Die Diskussion um den FVNF wurde in Deutschland insbesondere durch das 2009 in erster Auflage erschienene Buch „Ausweg am Lebensende“ (Chabot und Walther 2015) angestoßen, das lange Zeit die einzige deutschsprachige Veröffentlichung zu dem Thema darstellte. In den vergangenen fünf Jahren aber fand die Thematik zunehmend Beachtung. Die vermehrte wissenschaftliche Beschäftigung mit FVNF hatte in den Niederlanden bereits 2014 Konsequenzen für die klinische Praxis: Die niederländische Ärztekammer veröffentlichte eine

³ Zum Beispiel: „Sterbefasten“ Dokumentarfilm des Wuppertaler Medienprojekts, 2013, „Ausweg am Lebensende“ Boudewijn Chabot, Christian Walther, Ernst Reinhardt Verlag München Basel, 3. Auflage, 2012, Zeitungsartikel „Fasten als letzte Lösung“, Rubrik Wissen, April 2014, Die Zeit, Zeitungsartikel „Am achten Tag war sie tot – und lächelte“, Februar 2016, Der Tagesspiegel

Handreichung zur professionellen Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF (KNMG und VetVN Handreiking 2014). Im deutschsprachigen Raum erschienen bislang vor allem Arbeiten, die sich auf die medizinethische Bewertung des FVNF konzentrieren. In dem Bestreben, eine „wenig differenzierte und medial aufgeheizte Debatte“ (Eychmüller und Amstad 2015) des FVNF zu verhindern, haben auch Schweizer Autoren 2015 eine Veröffentlichung verfasst, in welcher der FVNF aus wissenschaftlicher, rechtlicher, ethischer und klinischer Perspektive diskutiert wird (Eychmüller und Amstad 2015). 2019 folgte ebenfalls von deutschen Autoren eine Buchpublikation, die FVNF umfassend aus pflegerischer, medizinischer und ethisch-rechtlicher Sicht beleuchtet (Coors et al. 2019). Um „ethisch reflektiert und wissenschaftlich basiert Stellung zu beziehen und damit zu einem gesellschaftlichen Konsens beizutragen“ veröffentlicht schlussendlich im Herbst 2019 die DGP ein Positionspapier zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken und nimmt damit als erste deutsche Fachgesellschaft Stellung zur Thematik (Radbruch et al. 2019).

1.2.1 Begriffsbestimmung

In der wissenschaftlichen Debatte sowie in der medialen Beschäftigung mit der Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit werden unterschiedliche Bezeichnungen verwendet. Im deutschsprachigen Raum wird für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) häufig auch das Wort Sterbefasten gebraucht. Die DGP plädiert für den Gebrauch des Ausdrucks Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (Radbruch et al. 2019). In englischsprachigen Publikationen finden sich überwiegend die Formulierungen *voluntary stopping of eating and drinking (VSED)* und *voluntary refusal of food and fluids (VRFF)*.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung hat sich zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls keine einheitliche Definition des FVNF durchgesetzt. In der Literatur werden unterschiedliche Ansätze einer Definition verwendet, daher werden im Folgenden einige Ansätze exemplarisch vorgestellt:

Im Rahmen zweier 2001 in Oregon (USA) durchgeführten Befragungen von Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde folgende Definition verwendet, die den Kern dessen beschreibt, was mit FVNF gemeint ist:

„Voluntary refusal of food and fluids describes an action by a patient who voluntarily and deliberately stops food and fluids with the primary intention of hastening death. This does not include stopping food and fluids for other reasons such as loss of appetite or inability to eat“ (Ganzini et al. 2003; Harvath et al. 2004).

Zur Konkretisierung dieser Definition wurden von anderen Autoren unterschiedliche Ergänzungen vorgenommen: Im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten findet sich in einer US-amerikanischen Veröffentlichung der Autorin Judith Schwarz die Formulierung

„VSED decision is made by a decisionally capable patient who is physically capable of eating and drinking but consciously chooses to refuse further food and fluid with the intention of hastening his or her death“ (Schwarz 2007).

Im europäischen Ausland wird ein ähnlicher Ansatz verfolgt: Die *Royal Dutch Medical Association (KNMG)* hat 2014 in Zusammenarbeit mit der *Dutch Nurses' Association* Handreichungen zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung von Patientinnen und Patienten beim FVNF veröffentlicht; in der englischsprachigen Kurzversion heißt es: *„Consciously choosing not to eat and drink to hasten the end of life implies an individual's own decision to no longer eat and drink, the purpose of which is to hasten the end of life “* (KNMG und VetVN Handreiking 2014). In Anlehnung daran definieren die Autoren einer deutschsprachigen Veröffentlichung FVNF als *„freie Entscheidung einer einwilligungsfähigen Person, Essen und Trinken einzustellen, um damit absichtlich den eigenen Tod herbeizuführen“* (Simon und Hoekstra 2015).

Weitere Autoren verfolgen restriktivere Ansätze. Chabot und Goedhart ergänzen in ihrer Veröffentlichung von 2009 die Definition des FVNF um einen zeitlichen Aspekt:

„[W]e have defined VRRF as a major contributing cause of death if a competent person had deliberately refused to drink for at least seven consecutive days before death occurred“ (Chabot and Goedhart 2009).

Ein weiterer Ansatz ist, FVNF nur für ein bestimmtes Patientenkollektiv anzuwenden. Im Gegensatz zu den zuvor vorgestellten Ansätzen wird FVNF eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten, die sich auf Grund unerträglichen Leids (Ivanović et al. 2014; Jansen 2004) oder einer fortgeschrittenen Erkrankung (Quill and Byock 2000; Jansen 2004) entschließen, den eigenen Tod durch Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht herbeizuführen:

„VSED is described as an action of a competent, capacitated person who voluntarily and deliberately chooses not to eat and drink because unacceptable suffering persists“ (Bolt et al. 2015; Ivanović et al. 2014).

Ähnlich wird FVNF nach Jansen beschrieben:

„VSED occurs when competent patients intentionally refuse to eat and drink [...] as a means of responding to their suffering and/or gaining more control over their deaths.“ (Jansen 2004).

Die Autoren Sabrina Frehn und André Fringer sprechen sich für eine noch weitere Differenzierung des FVNF aus und erörtern eine Unterteilung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit hinsichtlich der Art des Verzichtes, das heißt, ob vornehmlich Nahrung, Flüssigkeit oder beides vom Patienten abgelehnt wird, soll von FVNF, (F)VNF, FV(N)F oder FVN(F) gesprochen werden (Fehn und Fringer 2017).

Einheitlich nicht in die Definition einbezogen werden Situationen, in denen Patientinnen und Patienten nicht als Folge der bewusst getroffenen Entscheidung auf Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verzichten. Dazu kann die unmittelbare Sterbephase (Harvath et al. 2004; Quill and Byock 2000; Schwarz 2007) gehören, eine psychiatrische Erkrankung die Ursache sein oder eine körperliche Beeinträchtigung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Birnbacher 2015; Ivanović et al. 2014; Ganzini et al. 2003; Schwarz 2007; Simon und Hoekstra 2015). Die Beendigung einer künstlichen Ernährung bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten oder im Fall einer fortgeschrittenen Demenz ist ebenso vom FVNF zu unterscheiden (Simon 2017).

1.2.2 Bisherige Erfahrungen mit freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Die bisherigen Erfahrungen mit dem FVNF und der Begleitung von Patientinnen und Patienten hierbei stützen sich auf einzelne wissenschaftliche Arbeiten. Qualitative Studien zum Thema FVNF waren bis 2013 nicht veröffentlicht worden (Ivanović et al. 2014). Die Autoren Ivanovic et al. geben auf Basis ihrer systematischen Literaturrecherche an, dass bis März 2013 vier Fallbesprechungen⁴ und drei empirische Arbeiten zum Thema Erfahrungen mit FVNF vorlagen. Zwei Befragungen wurden an Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Oregon durchgeführt (Harvath et al. 2004; Ganzini et al. 2003). Die erste beschäftigt sich mit bisher gemachten Erfahrungen mit FVNF von im Hospiz tätigen Krankenschwestern (Ganzini et al. 2003), die zweite erhebt Einstellungen von Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gegenüber FVNF und der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung (Harvath et al. 2004). Eine weitere Umfrage wurde von schwedischen Autoren veröffentlicht und befragt ebenfalls Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach der Bewertung des ethischen Konflikts, der sich aus dem Wunsch, den Patientenwillen zu respektieren und Fürsorge zu leisten, ergeben kann. Hierzu wird ihnen das Beispiel einer fiktiven Patientin genannt, die Nahrung und Flüssigkeit verweigert (Mattiasson and Andersson 1994).⁵

Ergänzend fanden sich im Rahmen der systematischen Literaturrecherche der Autorin weitere veröffentlichte Case Reports (unter anderem: Schwarz 2014; Anonymus 2015; Gärtner und Müller 2018) und drei weitere empirische Arbeiten. 2015 veröffentlichen Bolt et al. eine Befragung von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten in den Niederlanden zu ihren Erfahrungen mit FVNF. 2017 wurde eine weitere empirische Arbeit von japanischen Autoren veröffentlicht; hierbei handelt es sich um eine Befragung von palliativmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten und solchen, die vornehmlich im Hospiz tätig sind (Shinjo et al.

⁴ Diese Angabe bezieht sich auf Fallbesprechungen, veröffentlicht im wissenschaftlichen Format des Case Reports. Auf der Internetseite (Sterbefasten.org) werden weitere Fallbeispiele aufgeführt.

⁵ Diese Befragung wird von den Autoren des Systematic Review als dem FVNF zugehörig genannt (Ivanović et al. 2014). Der inhaltliche Schwerpunkt der Befragung liegt jedoch eher auf dem Umgang und der Bewertung einer ethischen Konfliktsituation durch Hospizmitarbeiter in Stockholm im Rahmen dessen, der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht durch das in der Studie verwendete fiktive Patientenbeispiel nach Ansicht der Autorin der vorliegenden Arbeit eher beispielhaft genutzt wird.

2017)⁶. Die aktuellste Befragung stammt aus der Schweiz. In dieser wurden Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pflegekräfte aus dem Bereich der ambulanten Pflege zu ihren Erfahrungen mit und Einstellungen zum FVNF befragt (Stängle et al. 2019).

Im Folgenden wird nun auf Grundlage der wichtigsten Publikationen ein Überblick gegeben über die bisherigen Angaben zur Häufigkeit des FVNF, zu den Patientinnen und Patienten, welche sich in erster Linie zum FVNF entscheiden, zum Verlauf des FVNF sowie zu Vor- und Nachteilen dieser Methode.

1.2.2.1 Angaben zur Häufigkeit des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

Empirische Untersuchungen, mit welcher Häufigkeit sich Patientinnen und Patienten in Deutschland zum FVNF entschließen, gibt es bislang nicht. Um dennoch einen Eindruck über die Häufigkeit und Relevanz des FVNF in der klinischen Patientenversorgung gewinnen zu können, werden Daten aus dem Ausland herangezogen. So belegt eine Studie aus Oregon (USA), dass FVNF zumindest regelmäßig von Patientinnen und Patienten als Möglichkeit, den eigenen Tod vorzuziehen, gewählt wird (Ganzini et al. 2003)⁷. Für die Niederlande gibt es empirisch erhobene Daten: Die Häufigkeit von Todesfällen, verursacht durch FVNF, wird zwischen 0,4 % (Onwuteaka-Philipsen et al. 2012) und 2,1 % (Chabot and Goedhart 2009) der jährlichen Todesfälle angegeben. Eine landesweite Befragung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in den Niederlanden konnte zeigen, dass knapp die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte Erfahrungen mit FVNF gemacht hatte (Bolt et al. 2015). Bemerkenswert ist, dass FVNF auch in Ländern in der Begleitung von Palliativpatienten eine Rolle spielt, in denen andere Optionen, wie etwa Tötung auf Verlangen (Niederlande) und/oder ärztlich assistierter Suizid (Niederlande und Oregon, USA), legal sind. Auch im asiatischen Raum scheint FVNF kein seltenes Phänomen zu sein: Nahezu ein

⁶ „219 home hospice physicians and 695 palliative care specialists across Japan were surveyed by mail questionnaire in 2016“ (Shinjo et al. 2017). Diesen Tätigkeitsbereichen entspricht wohl in Deutschland die oder der palliativmedizinisch tätige Fach- oder Hausärztin oder Arzt.

⁷ Ein Drittel der befragten Hospizpflegerinnen (N = 429) gab an, dass in den letzten vier Jahren (November 1997 bis Sommer 2001) unter denen von ihnen betreuten Patienten sich mindestens einer zum FVNF entschlossen hatte (Ganzini et al. 2003).

Drittel (32 %) der von Shinjo et al. 2017 befragten Ärztinnen und Ärzte hatten bereits Erfahrungen mit der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF machen können, und etwa der Hälfte (52 %) der Befragten war FVNF als Möglichkeit, den eigenen Tod herbeizuführen, bekannt.

1.2.2.2 Gründe und Motive für den Entschluss eines Patienten zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Obwohl nicht abschließend diskutiert ist, ob für die Entscheidung zum FVNF notwendigerweise eine Erkrankung mit lebenslimitierender Prognose vorliegen muss, konzentriert sich die bisherige wissenschaftliche Aufarbeitung der Thematik im Wesentlichen auf Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund einer schweren körperlichen Erkrankung entschließen, den eigenen Tod vorzeitig herbeizuführen. In diesem Kontext wird FVNF als legale Möglichkeit gesehen, dieses Bestreben zu realisieren (Birnbacher 2015; Ivanović et al. 2014; Nauck et al. 2014). Für den Entschluss eines Patienten zum FVNF können unterschiedliche Gründe und Motive eine Rolle spielen: die Verschlechterung des Gesundheitszustands oder der Grunderkrankung, eine unzureichende Symptomkontrolle durch die Maßnahmen des Behandlungsteams (Ganzini et al. 2003; Quill et al. 1997), geringe Lebensqualität oder das Gefühl, nun zum Sterben bereit zu sein (Ganzini et al. 2003; Ivanović et al. 2014), eine empfundene Sinnlosigkeit in Bezug auf das weitere Leben (Ivanović et al. 2014; Ganzini et al. 2003; Quill et al. 1997), das Bestreben, Angehörigen nicht länger zur Last zu fallen (Ivanović et al. 2014; Miller und Meier 1998), die Vorstellung, zu Hause sterben zu können (Ganzini et al. 2003), der Verlust der Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit (Quill et al. 1997) sowie der starke Wunsch, die Umstände des eigenen Todes kontrollieren zu können (Ivanović et al. 2014; Simon und Hoekstra 2015).

Anhand der publizierten Fallbeispiele lässt sich ein Eindruck gewinnen, welche Patientinnen und Patienten sich bislang zum FVNF entschlossen haben (Schwarz 2014, 2011; Quill et al. 2000). Die Schilderungen beschreiben einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter mit einer inkurablen, meist onkologischen oder neurologischen Grunderkrankung. Alle äußerten den starken Wunsch, den eigenen Tod vorzeitig herbeizuführen (Quill et al. 2000; Schwarz 2011, 2014). Die Initiative zum FVNF ging von den jeweiligen Patientinnen und Patienten aus und wurde teils gegen (anfängliche) Widerstände der

institutionellen Umgebung der Patientinnen und Patienten durchgesetzt (Schwarz 2011, 2014).

Dieser Eindruck wird durch empirische Arbeiten bestätigt: Die Studie von Bolt et al. 2015 ergab folgendes Bild der Patientinnen und Patienten, die sich zum FVNF entschlossen: 70 % der Patientinnen und Patienten befanden sich nach Angaben der sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem fortgeschrittenen Lebensalter (Median: 83 Jahre). Überwiegend lag eine Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium vor (76 % der Patientinnen und Patienten). 77 % der Patientinnen und Patienten waren bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe anderer angewiesen und hatten zu 74 % eine verbleibende Lebenserwartung von unter einem Jahr (Bolt et al. 2015).

Die Ergebnisse der Befragung aus der Schweiz der Autoren Stängle et al 2019 zeigen ein ähnliches Bild: Hiernach leidet der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich zum FVNF entschlossen, an einer onkologischen Erkrankung (40,5 %). Eine weitere Gruppe aber litt, abgesehen von Altersgebrechen, an keiner schwerwiegenden Erkrankung (28,9 %). Weitere Gruppen bildeten Patientinnen und Patienten mit internistischen (8,1 %), demenziellen (5,1 %) und neurologischen Erkrankungen (5,1 %). Auch in der Schweiz entscheiden sich vornehmlich Patientinnen und Patienten mit limitierter Lebenserwartung zum FVNF, so lag bei vielen eine Lebenserwartung zwischen einer Woche und einem Monat vor (36,5 %). Gründe für den Entschluss zum FVNF waren auch in dieser Studie physisches und psychisches Leid, Angst vor Abhängigkeit und Autonomieverlust sowie eine erlebte Sinnlosigkeit des Lebens bzw. eine Lebensattheit (Stängle et al. 2019).

1.2.2.3 Verlauf des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

Zu den genauen physiologischen Prozessen während des FVNF liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor (Ivanović et al. 2014). Anhand der bisherigen Erfahrungen in der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF lassen sich zum Verlauf aber einige Erfahrungswerte zusammentragen. Nach dem Beginn des vollständigen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit ist innerhalb einer Zeitspanne von ein bis drei Wochen mit dem Eintritt des Todes zu rechnen (Chabot und Walther 2015). Einer Studie aus den USA zufolge trat bei 85 % der Patientinnen und Patienten der Tod innerhalb von 15 Tagen ein (Ganzini et al. 2003). Die bisherigen Erfahrungen lassen vermuten, dass neben der Entschlossenheit, mit welcher die Patientin oder der Patient auf Nahrung und Flüssigkeit verzichtet, auch der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten bzw. der Fortschritt der Grunderkrankung die Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes beeinflusst (Chabot and Goedhart 2009; Quill and Byock 2000; Quill et al. 1997; Ivanović et al. 2014; Quill et al. 2000; Schwarz 2007). Tritt der Tod jedoch bereits innerhalb von sieben Tagen ein, ist es wahrscheinlich, dass die zugrundeliegende Erkrankung und nicht der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit hauptsächlich für den Tod der Patientin oder des Patienten war (Chabot and Goedhart 2009).

Die Patientinnen und Patienten sind in den ersten Tagen des Verzichts ansprechbar und orientiert. Diese Zeit kann beispielsweise zum Austausch mit Angehörigen genutzt werden. Mit zunehmender Dauer werden die Patientinnen und Patienten schläfrig bis nicht mehr erweckbar, bevor sie schließlich versterben (Quill et al. 2000; Schwarz 2011; Stängle et al. 2019; Schwarz 2014).

Auch wenn durch die bisherigen Untersuchungen nur wenig über das subjektive Erleben des Patienten beim FVNF beschrieben ist, zeichnen die Fallbeschreibungen ein überwiegend positives Bild. Es wird von einem würdevollen und friedlichen Sterben der geschilderten Patienten gesprochen (Quill et al. 2000; Schwarz 2014, 2011; Stängle et al. 2019). Aktuellere Veröffentlichungen beschreiben aber auch vermehrt Herausforderungen und Problemstellungen, die bei der Durchführung des FVNF auftreten können, dazu gehören starke Ängste und Unruhezustände, Schmerz sowie Ein- und Durchschlafstörungen (Krüskemper et al. 2016; Gärtner und Müller 2018).

Bolt et al. (2015) untersuchen erstmalig gezielt die Symptome, welche während des FVNF auftreten können, allerdings nur für die letzten drei Lebensstage des betreffenden Patienten

(„Terminal Phase“). 36 % der befragten Ärzte gab an, dass ihre Patientinnen und Patienten in diesem Zeitraum unter Beschwerden gelitten hätten. Das am häufigsten geschilderte Symptom war Schmerz (14 %). Unter Durstgefühlen oder einem trockenen Mund litten jeweils drei Prozent der Patientinnen und Patienten. Andere geschilderte Symptome waren Müdigkeit (9 %), Luftnot (6 %), kognitive Einschränkungen (8 %), Bewusstseinsbeeinträchtigung (5 %), eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit (4 %), Agitation (5 %) und Delir (6 %) (Bolt et al. 2015).

Die Ergebnisse der von Stängle et al. 2019 veröffentlichten Befragung zeigen ebenfalls Durstgefühl (47,6 % der Patientinnen und Patienten) und Schmerz (46,3 % der Patientinnen und Patienten) als dominierende Symptome auf. Zur Symptomkontrolle wurde etwa in einem Drittel der Fälle Sedierung bei Bedarf eingesetzt, in 10 % der Fälle kam eine kontinuierliche Sedierung zum Einsatz.

Über die genauen physiologischen Prozesse während des FVNF liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor (Ivanović et al. 2014) und hinsichtlich der Durchführbarkeit sind solche Studien auch für die Zukunft schwer vorstellbar. Anhand der bisherigen Erfahrungen und in Anlehnung an ergänzende wissenschaftliche Arbeiten werden jedoch einige Vermutungen angestellt:

Bernat et al. (1993) zitieren eine Studie von 1984, welche den Zusammenhang von Durstgefühl und Alter untersucht und die Vermutung bestätigt, dass bei älteren Menschen das Durstgefühl weniger ausgeprägt ist⁸. Bezüglich aufkommender Hungergefühle halten es die Autoren Bickhardt und Hanke für wahrscheinlich, dass beim FVNF, analog zum Heilfasten,

⁸ Die Autoren Bernat et al. zitieren die von Phillips, Rolls, Ledingham et al. 1984 veröffentlichte Studie zum Thema „*Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men*“. Die Studie zeigt einen Zusammenhang zwischen Alter und Durstgefühl. Den Ergebnissen nach war bei gesunden, älteren Männern (über 65 Lebensjahre) das Durstgefühl und andere Symptome während eines 24h andauernden Verzichts weniger ausgeprägt als bei jüngeren Probanden (Phillips et al. 1984). Dieses Ergebnis steht im Einklang zu der von der KNMG eingeschränkten Empfehlung des FVNF für jüngere Patientinnen und Patienten: Die KNMG rät Patientinnen und Patienten, welche jünger als 60 Jahre sind und nicht an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden, deutlich von der Entscheidung zum FVNF ab. Für Patientinnen und Patienten mit einem höheren Lebensalter wird die Einschränkung in Bezug auf ein schweres körperliches Leiden nicht ausgesprochen (KNMG und VetVN Handreiking 2014). Auch eine 2003 in Oregon (USA) durchgeführte Studie konnte zeigen, dass jüngere Patientinnen und Patienten, die sich zum FVNF entschlossen, nach Wahrnehmung der begleitenden Hospizmitarbeiterinnen stärker unter dem Verlauf des FVNFs litten als ältere Patientinnen und Patienten (66 +/- 14 Jahre vs. 74 +/-12 Jahre) (Ganzini et al. 2003).

durch eine gesteigerte Bildung von Keton-Körpern das Opioid-System des Körpers aktiviert wird, welches Hungergefühle unterdrückt (Bickhardt und Hanke 2014; Birnbacher 2015).

Aus der Perspektive des involvierten medizinischen Personals wird der Verlauf des FVNF überwiegend positiv bewertet. Den befragten niederländischen Hausärztinnen und Ärzten zufolge verlief der Sterbeprozess, ausgelöst durch FVNF, in 80 % der Fälle entsprechend den Wünschen der Patientin oder des Patienten, in 18 % nur teilweise und in 2 % der Fälle nicht. Ähnlich positiv wird der Verlauf des FVNF von den befragten Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Oregon beurteilt; die letzten zwei Lebenswochen der Patientinnen und Patienten wurden demnach als „peaceful, with low levels of pain and suffering“ beschrieben (Ganzini et al. 2003). Anhand einer Skala von 0 („very bad death“) bis 9 („very good death“) bewerteten die befragten Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter den durch FVNF herbeigeführten Tod im Median als 8 (Ganzini et al. 2003). Als Grund für negatives Erleben wird vor allem eine zu lange Dauer des FVNF angegeben (Bolt et al. 2015).

Welche Erfahrungen mit FVNF und der Begleitung von Patientinnen und Patienten hierbei von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland gemacht wurden, wurde bislang nicht empirisch untersucht. Die Autoren Bickhardt und Hanke beschreiben den Verlauf des FVNF auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen als „in der Regel nicht leidvoll“ (Bickhardt und Hanke 2014), vgl. dazu auch Bernat et al. (1993): „terminally ill patients dying of dehydration or lack of nutrition do not suffer if treated properly“.

1.2.3 Vorteile und Nachteile des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

Die Möglichkeit, durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit den Eintritt des Todes herbeizuführen, birgt für die Patientin oder den Patienten und auch für beteiligte Personen wie Angehörige, Pflegende und Ärztinnen und Ärzte verschiedene Vor- und Nachteile.

Der Wunsch nach Kontrolle über die Umstände des eigenen Todes lässt sich durch FVNF wie durch kaum eine andere Möglichkeit, den eigenen Tod herbeizuführen, verwirklichen (Birnbacher 2015; Ivanović et al. 2014): Während bei der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

durch Medikamenteneinnahme o.ä. der Sterbeprozess abrupt eintritt, hat die Patientin bzw. der Patient beim FVNF die Möglichkeit, den Ablauf und die Geschwindigkeit des Sterbeprozesses zu beeinflussen. Der Zeitpunkt, an dem er mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beginnen möchte, kann von Patientin und Patienten frei gewählt werden (Ivanović et al. 2014). Die Radikalität und Geschwindigkeit, mit welcher die Patientin bzw. der Patient auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten möchte, kann er oder sie selbst bestimmen. Innerhalb der ersten Tage des freiwilligen Verzichts ist die Entscheidung der Patientin/des Patienten jederzeit reversibel. Die Autoren Bickhardt und Hanke geben eine Frist von sieben bis zehn Tagen an, in denen durch Wiederaufnahme von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der FVNF beendet werden kann (Bickhardt und Hanke 2014). Durst oder Druck von Seiten der Angehörigen werden als mögliche Gründe, wieder Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, geschildert (Ganzini et al. 2003). Gleichzeitig gibt die längere Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes den Angehörigen Zeit, die Patientin oder den Patienten zu begleiten und Abschied von ihm zu nehmen (Bernat et al. 1993; Ganzini et al. 2003). Sicherlich aber kann der Umstand, dass der Tod nicht unmittelbar, sondern in einer nur grob einschätzbaren Zeitspanne eintritt, für die Patientin oder den Patienten und auch für die Angehörigen auch als sehr belastend empfunden werden (Bolt et al. 2015). FVNF wird als „Willensakt“ bezeichnet (Fringer 2015); da von Patientin und Patienten über einen, im Vergleich zu anderen Praktiken wie etwa ärztlich assistierter Suizid, langen Zeitraum, Disziplin und Ausdauer aufgebracht werden müssen um seine Entscheidung, den eigenen Tod herbeizuführen, umzusetzen. Angehörige und begleitende Ärztinnen und Ärzte kann dieser Umstand jedoch in ihrer Entscheidung, die Patientin oder den Patienten in seinem Vorhaben zu unterstützen, entlasten und ihnen versichern, dass die Entscheidung der Patientin oder des Patienten nicht impulsiv, sondern andauernd und wohl überlegt ist (Miller und Meier 1998). Andernfalls kann die Patientin oder der Patient von der Reversibilität des FVNF Gebrauch machen (Miller und Meier 1998; Bernat et al. 1993).

Für den Entschluss zum FVNF und dessen Durchführung ist nicht, wie etwa beim ärztlich assistierten Suizid, die Verschreibung eines Medikaments in tödlicher Dosierung und auch nicht zwingend die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes notwendig (Chabot und Walther 2015; Miller und Meier 1998). Dies birgt jedoch die Gefahr, dass nicht alle Patientinnen und Patienten, die sich zum FVNF entschließen, eine adäquate palliativmedizinische Versorgung während des Sterbeprozesses erhalten (Bolt et al. 2015; Quill et al. 2000). Auch

wenn die Notwendigkeit einer (palliativ-) medizinischen und pflegerischen Begleitung beim FVNF betont wird (Bernat et al. 1993; Bickhardt und Hanke 2014; Chabot und Walther 2015; Ivanović et al. 2014; Quill and Byock 2000), ist es denkbar, dass Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Begleitung auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, weil sie ihre Ärztin oder ihren Arzt nicht ins Vertrauen ziehen wollen oder keine Notwendigkeit dazu sehen. Zusätzlich muss bedacht werden, dass auf Grund der bislang nur wenig veröffentlichten Daten und Erfahrungen zur ärztlichen Begleitung beim FVNF einige Ärztinnen und Ärzte und Pflegenden nicht über ausreichende Informationen bei der Begleitung des Patienten verfügen werden (Bolt et al. 2015). Ohne ärztliche Begleitung aber kann FVNF für die Patientin oder den Patienten und dessen Angehörige leidvoll und quälend sein, oder die Entscheidung zum FVNF unbedacht und nicht frei von steuernden Einflüssen getroffen werden (Quill et al. 1997).

Aus Sicht der Ärztin oder des Arztes ist ein wesentlicher Vorteil, dass die Begleitung einer einwilligungsfähigen Person beim FVNF keine straf- oder berufsrechtlichen Konsequenzen nach sich zieht: In der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum § 217 StGB wurde die ärztliche Begleitung einer Patientin oder eines Patienten beim FVNF mit fortgeschrittener, terminaler Erkrankung explizit als Form der Sterbebegleitung kategorisiert und bleibt damit eine gebotene ärztliche Handlung und stellte keine Straftat dar (Bundesärztekammer 2017). Die ebenfalls 2017 erschienene Stellungnahme der DGP zur gesetzlichen Regelung durch den Paragraphen 217 § StGB nannte ebenfalls das Beispiel Begleitung beim FVNF als „Vorgehen im grünen Bereich“ (Tolmein und Radbruch 2017). Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 erwähnt FVNF und die ärztliche Begleitung hierbei nicht explizit. Unmissverständlich aber wird die Möglichkeit des Einzelnen betont, bei der Umsetzung des eigenen Suizides Hilfe von Dritten anzunehmen (Bundesverfassungsgericht 2020). Unabhängig von der rechtlichen und ethischen Bewertung des FVNF (vgl. Kapitel 1.4) ist die ärztliche Begleitung frei von strafrechtlichen Konsequenzen.

1.2.4 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch medizinisches Personal

Da FVNF im deutschsprachigen Raum ein wenig diskutiertes Thema darstellt und nicht bekannt ist in welchem Umfang Ärztinnen und Ärzte in Deutschland Erfahrung mit FVNF und der Begleitung von Patientinnen und Patienten hierbei gemacht haben, überrascht es nicht, dass keine Aussagen über die Bewertung des FVNF durch medizinisch geschultes Personal in Deutschland gemacht werden können.

Anhand der Arbeiten, die in dieser Hinsicht im Ausland durchgeführt wurden, lässt sich jedoch ein Eindruck gewinnen, wie FVNF von Mitgliedern eines Behandlungsteams eingeordnet wird: Entsprechend der positiven Erfahrungen, die im Zusammenhang mit FVNF geschildert wurden (vgl. 1.2.2), lässt sich eine grundsätzlich befürwortende Haltung gegenüber FVNF feststellen. Die von Bolt et al. (2015) befragten Hausärzte in den Niederlanden nahmen die letzten Lebenstage der von ihnen begleiteten Patientinnen und Patienten beim FVNF nicht als leidvoll und entsprechend den von ihnen geäußerten Wünschen wahr. In nahezu allen Fällen war die Entscheidung der Patientinnen und Patienten zum FVNF für sie nachvollziehbar.

Die im Jahr 2001 befragten Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Oregon waren mehrheitlich bereit, Patientinnen und Patienten in ihrem Wunsch, den eigenen Tod durch FVNF vorzeitig herbei zu führen, zu unterstützen. Sie befürworteten FVNF ebenfalls als Handlungsoption für Patientinnen und Patienten mit physischem, psychologischem oder spirituellem Leiden. Lediglich ein geringer Teil bewertete FVNF als unmoralisch oder unethisch (Harvath et al. 2004). Nahezu alle Befragten Hospizmitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden die Begleitung einer Patientin oder eines Patienten weiterführen, wenn er sich entschließt, durch FVNF sein Leben vorzeitig zu beenden (Harvath et al. 2004). Einschränkend muss erwähnt werden, dass in der beschriebenen Studie die Einstellung von Hospizmitarbeiterinnen und Hospizmitarbeitern zu FVNF nicht isoliert abgefragt wurde, sondern vergleichend mit ihrer Einstellung zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung, die in Oregon legal ist. Die Autoren geben an, dass die positive Bewertung des FVNF mit einer positiven Bewertung der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung korreliert. Für Länder, in denen die Gesetzgebung andere Rahmenbedingungen vorgibt, können diese Ergebnisse wohl nicht uneingeschränkt übernommen werden.

1.3 Ärztliche Begleitung einer Patientin oder eines Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der ärztlichen Begleitung einer Patientin oder eines Patienten beim FVNF geben. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der normativen Auseinandersetzung mit FVNF und der ärztlichen Behandlung hierbei liegt, kann dies an dieser Stelle nur überblickartig erfolgen. Für detailliertere Informationen wird auf die vorliegende Literatur verwiesen (KNMG und VetVN Handreiking 2014; Radbruch et al. 2019).

Eine ärztliche Begleitung der Patientin oder des Patienten beim FVNF wird von den allermeisten Autoren als notwendig erachtet (Bernat et al. 1993; Bickhardt und Hanke 2014; Chabot und Walther 2015; Ivanović et al. 2014; KNMG und VetVN Handreiking 2014; Quill et al. 2000). Zwar wird festgestellt, dass FVNF grundsätzlich auch ohne ärztliche Betreuung möglich ist (Quill and Byock 2000), allerdings können im Verlauf des FVNF diverse belastende Symptome neu oder verstärkt auftreten, die eine kompetente palliativmedizinische Begleitung erforderlich machen (Radbruch et al. 2016; Quill and Byock 2000). Im Kontrast zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung ist das ärztliche Handeln bei der Begleitung des FVNF überwiegend von unterstützender und nicht ermöglichender oder fördernder Natur (Miller und Meier 1998)⁹. Empfindet die involvierte Ärztin oder der involvierte Arzt jedoch moralische Bedenken gegenüber FVNF und einer ärztlichen Begleitung hierbei, so herrscht mit Ausnahme der Autoren Meier und Miller (1998) ein breiter Konsens, dass die betreffende Ärztin oder der betreffende Arzt einen Kollegen bitten kann oder sogar sollte, die Behandlung des Patienten zu übernehmen (Quill and Byock 2000; Simon und Hoekstra 2015). Trotz der deutlichen Forderungen nach kompetenter ärztlicher Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim FVNF fanden sich lange Zeit wenige Veröffentlichungen mit Inhalten zur konkreten klinischen Praxis (Ivanović et al. 2014).

Das Wissen um die Häufigkeit und die Relevanz von FVNF in den Niederlanden ist sicherlich ein Grund dafür, dass dortzulande bereits 2014 die Königlich Niederländische Gesellschaft

⁹ Dies gilt mit Ausnahme solcher Situationen, in denen Patientinnen und Patienten ihr Vorhaben, durch FVNF den eigenen Tod vorzuziehen, abbrechen würden, falls ihnen keine ärztliche Begleitung zur Verfügung steht oder sich nur aufgrund der zuvor ärztlicherseits versprochenen Unterstützung dazu entschlossen haben (Jox et al. 2017).

zur Förderung der Medizin (KNMG) und die Berufsvereinigung von professionell Pflegenden (VetVN) eine ausführliche Handreichungen zum Thema FVNF in niederländischer Sprache und eine komprimierte Fassung in englischer Sprache veröffentlicht haben (KNMG und VetVN Handreiking 2014). Für die einzelnen Stadien des FVNF werden in den Handreichungen der KNMG detailliert die erforderlichen spezifisch pflegerischen und ärztlichen Aufgaben beim FVNF beschrieben.

In den 2011 erschienenen Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung hingegen fand das Thema FVNF keine Erwähnung. 2014 erwähnt auch der Vorstand der DGP FVNF in seinen Reflexionen zum Thema ärztlich assistierter Suizid noch nur am Rande. FVNF sei eine mögliche Alternative zur Entlastung des Patienten im Sinne eines „selbstbestimmte[n] Leben[s] und Sterben[s]“ (Nauck et al. 2014), Hinweise zur klinischen Praxis werden nicht gegeben. Basierend auf Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten wurden jedoch gerade in der jüngeren Vergangenheit Beiträge mit konkreten Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten beim FVNF veröffentlicht (Krüskemper et al. 2016; Hanke 2019; Radbruch et al. 2019; Verhorst 2019). In Deutschland sind bislang keine expliziten Leitlinien zur Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF entwickelt worden, jedoch verweist die DGP in ihrem 2019 veröffentlichten Positionspapier zum Thema FVNF auf die erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen und schlägt vor, zumindest in einigen Bereichen der Betreuung von Patientinnen und Patienten beim FVNF auf die dort enthaltenen Empfehlungen zurück zu greifen (Radbruch et al. 2019).

Bezugnehmend auf die vorliegende Literatur lassen sich die Aufgaben der ärztlichen Begleitung in zwei wesentliche Bereiche einteilen, die in den folgenden zwei Unterkapiteln erläutert werden sollen.

1.3.1 Sicherstellen der freiverantwortlichen Entscheidung

Als wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung zum FVNF gilt, dass die einwilligungsfähige Patientin oder der einwilligungsfähige Patient seine Entscheidung wohl überlegt und frei von steuernden Einflüssen getroffen hat (Chabot and Goedhart 2009; Ivanović et al. 2014; KNMG und VetVN Handreiking 2014; Miller und Meier 1998; Quill and Byock 2000; Schwarz 2007; Simon und Hoekstra 2015). In der einschlägigen Literatur wird Einwilligungsfähigkeit definiert als die „Fähigkeit des Patienten, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung in Grundzügen zu verstehen“ (Simon und Nauck 2013). Es wird als Aufgabe der betreffenden Ärztin oder des betreffenden Arztes verstanden, sicherzustellen, dass die betreffende Patientin oder der betreffende Patient ihre bzw. seine Entscheidung auf dem Boden dieser Fähigkeiten getroffen hat und sein Wunsch somit Ausdruck einer autonom getroffenen Entscheidung ist. Weiterhin sollte die Ärztin oder der Arzt prüfen und sicherstellen, dass die Patientin oder der Patient im Sinne einer informierten Einwilligung (*informed consent*¹⁰) über die Konsequenzen seiner Entscheidung zum FVNF, die Prognose und den Verlauf des FVNF aufgeklärt ist sowie alle nötigen Informationen über mögliche (Behandlungs-) Alternativen in seiner Situation kennt (Aebi-Müller 2015; Ivanović et al. 2014; Miller und Meier 1998; Quill and Byock 2000; Tolmein 2019; Radbruch et al. 2019; Alt-Epping 2018). Zusätzlich sollte beachtet werden, dass die Patientin oder der Patient seine Entscheidung frei von steuernden Einflüssen wie sozialem Druck oder Symptomen einer psychischen Erkrankung getroffen hat (Miller und Meier 1998; Quill and Byock 2000) und sein Entschluss wohlüberlegt und nicht Ausdruck einer vorübergehenden Laune ist (Simon und Hoekstra 2015; Aebi-Müller 2015).

Auch muss gegeben sein, im Prozess der Entscheidungsfindung nötigenfalls einen ärztlichen Kollegen hinzuzuziehen, falls an der Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten Zweifel bestehen oder auf Grund der Grunderkrankung der Patientin oder des Patienten die fachliche Expertise einer weiteren Ärztin oder eines weiteren Arztes benötigt wird (Ivanović et al. 2014; Quill and Byock 2000).

¹⁰ „Patient competence, freedom from coercion, and the receipt of adequate information from the physician are the element of valid (informed) consent“ (Bernat et al. 1993).

Die DGP betont, dass die Entscheidung einer Patientin und eines Patienten zum FVNF respektiert werden muss. Gleichzeitig unterstreicht sie, dass allein die Patientin und der Patient die Entscheidung zum FVNF trifft und eine gemeinsame Beschlussfassung mit betreuenden Ärztinnen und Ärzten nicht angemessen ist. Vielmehr sei es Aufgabe des betreuenden Behandlungsteams die Gründe für den Entschluss der Patientin und des Patienten zum FVNF zu eruieren und mögliche Alternativen aufzuzeigen (Radbruch et al. 2019).

1.3.2 Symptommanagement

Wie in Kapitel 1.2.2 beschrieben, können nach den bisherigen Erfahrungen von Begleitenden im Verlauf des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit verschiedene körperliche Symptome auftreten, die medizinische Maßnahmen zur Linderung fordern (Quill et al. 2000). Die wohl naheliegenden Symptome, die der Linderung bedürfen, sind Hunger- und Durstgefühle. Aufkommende Hungergefühle werden jedoch wenig thematisiert¹¹, auf die Notwendigkeit einer adäquaten Mundpflege zur Therapie der Beschwerden durch trockene Mundschleimhäute und des Durstgefühls wird jedoch an mehreren Stellen ausdrücklich verwiesen (Bernat et al. 1993; Bickhardt und Hanke 2014; Chabot und Walther 2015; Quill et al. 2000; Radbruch et al. 2019), auch wenn in der klinischen Praxis diese Aufgabe weniger der begleitende Arzt sondern involviertes Pflegepersonal oder Angehörige übernehmen werden (KNMG und VetVN Handreiking 2014).

Wie in 1.2.2 beschrieben, kann die Patientin oder der Patient beim FVNF unter Schmerzen leiden, daher sollte die begleitende Ärztin oder der begleitende Arzt falls notwendig Medikamente zur Schmerzlinderung verabreichen (Bernat et al. 1993; KNMG und VetVN Handreiking 2014). In den Handreichungen der KNMG werden verschiedene Wirkstoffe (Paracetamol, NSAIDs, Opioide) in unterschiedlichen Applikationsformen (rectal, subcutan, transdermal) vorgeschlagen und ihre Vor- und Nachteile in der Anwendung diskutiert (KNMG und VetVN Handreiking 2014).

¹¹ „[T]he hunger pangs (to the extent they occur) will generally vanish within a few days, provided that the patient does not consume carbohydrates“ (KNMG und VetVN Handreiking 2014) sowie Quill et al 2000: „In the context of advanced oncologic illness, hunger is rare and transient“ (Quill et al. 2000).

Als Folge der Dehydratation der Patientin oder des Patienten können Verwirrtheit oder delirante Phasen auftreten. Die DGP verweist für diese Situation auf die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und empfiehlt darin beschriebene Maßnahmen bei Auftreten von Verwirrheitszuständen oder eines Delirs auch bei Patientinnen und Patienten beim FVNF anzuwenden (u.a. Sturzprophylaxe, Kontinuität in Betreuung und Umgebung, ggf. medikamentöse Therapie) (Radbruch et al. 2019).

Zusätzlich wird als Maßnahme der intensivierten Symptomkontrolle der Einsatz einer palliativen Sedierung für Symptome wie Agitiertheit diskutiert (Quill and Byock 2000). Wie eine palliative Sedierung im Rahmen des FVNF medizinethisch zu beurteilen ist, kann an dieser Stelle nicht erschöpfend behandelt werden. Da als einer der wesentlichen Vorteile des FVNF die Möglichkeit der Kontrolle über die Umstände, den Ablauf und Geschwindigkeit des Sterbeprozesses durch die Patientin oder den Patienten selbst genannt wird, kann nach Meinung der Autorin eine palliative Sedierung nicht zur unstrittigen palliativmedizinischen Begleitung des FVNF gehören. Shinjo et al. (2017) konnten in ihrer Befragung zeigen, dass dieses Empfinden von palliativmedizinisch tätigen Medizinerinnen und Medizinern in Japan geteilt wird: So waren lediglich 15 % der Befragten der Meinung, palliative Sedierung („*continuous deep sedation*“) sei bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF akzeptabel (Shinjo et al. 2017). Unter den 2015 befragten Hausärztinnen und Hausärzten in den Niederlanden findet sich hingegen eine große Bereitschaft, eine palliative Sedierung während des FVNF durchzuführen (Bolt et al. 2015). Vor dem Hintergrund der rechtlichen Situation in den Niederlanden und einer anderen gesellschaftlichen Debatte über die Thematik von Entscheidungen am Lebensende ist dieses Ergebnis nicht überraschend.

1.4 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als eine suizidale Handlung

Insbesondere in der aktuellen Forschungsarbeit zur Thematik des FVNF findet eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage statt, wie FVNF ethisch und rechtlich einzuordnen ist (Duttge und Simon 2017; Jox et al. 2017; Simon und Hoekstra 2015; Nauck et al. 2014; Tolmein 2019; Alt-Epping 2018; Birnbacher 2015, 2019; Bickhardt und Hanke 2014; Tolmein und Radbruch 2017; Neitzke 2019; Schneider und Sperling 2019; Schneider 2019).

Die vielschichtige Problematik der ethischen Bewertung des FVNF und des ärztlichen Handelns hierbei kann im Rahmen des einführenden Teils dieser Arbeit sicherlich nicht erschöpfend diskutiert werden. Dennoch soll das folgende Kapitel einen Eindruck vermitteln, welche unterschiedlichen und zum Teil konträre Positionen bezogen werden und welche Problematiken und Herausforderungen sich bei der normativen Auseinandersetzung mit FVNF und dem ärztlichen Handeln hierbei ergeben können. Empirische Arbeiten zu der Fragestellung, wie FVNF ethisch und rechtlich eingeordnet werden kann und soll, liegen zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit nicht vor. Weiterführende Arbeiten, die sich insbesondere mit der ethischen Bewertung des FVNF beschäftigen, finden sich jedoch gerade in der aktuellen Forschung zahlreich und werden sicherlich weiterhin Gegenstand der zukünftigen wissenschaftlichen Arbeit in diesem Bereich sein.

Im Fokus der aktuellen medizinethischen Auseinandersetzung steht das Für und Wider der Einordnung des FVNF als suizidale Handlung. In der ethischen Debatte wird keine einheitliche Definition des Suizides verwendet, insofern es eine einheitliche Definition für Suizidalität und Suizidale Handlungen überhaupt geben kann (Schneider und Sperling 2019). Dennoch berufen sich mehrere Autoren auf die Definition des Psychiaters Manfred Wolfersdorf: Unter Suizidalität wird „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen“ verstanden (Wolfersdorf 1996).

In diese, von den Autoren Schneider und Sperling (2019) als „breite Definition“ bezeichnete, oder von dem Palliativmediziner Bernd Alt-Epping als „wenig spezifische Suiziddefini-

tion“ (Alt-Epping 2019) kritisierte Definition, kann FVNF als passives Unterlassen von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingeschlossen werden (Simon und Hoekstra 2015; Schneider und Sperling 2019; Birnbacher 2015).

Der Philosoph und Medizinethiker Dieter Birnbacher sprach sich erstmalig dafür aus, FVNF als eine „passive“ Form des Suizids zu betrachten. Nach Birnbacher wird von einem „passiven Suizid“ gesprochen, wenn die Ausführung der suizidalen Handlung in Form der Unterlassung einer Handlung stattfindet (Birnbacher 2015), wie es in dem Entschluss, Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr zu sich zu nehmen, Ausdruck finden kann.¹²

Ergänzend zur WHO-Definition des Suizids¹³ entwickelt Birnbacher notwendige Bedingungen, welche einen passiven Suizid ausmachen und für FVNF Geltung finden können: Neben der Handlungsabsicht eines Suizidenten, der Erwartung, dass durch sein Handeln der Tod eintritt und der Erfüllung seiner Erwartung ist der passive Suizid charakterisiert durch das Fehlen einer absichtlichen aktiven Intervention eines anderen auf Verlangen des Akteurs. Zusätzlich soll der Tod nicht durch den Abbruch lebenserhaltender Behandlungen verursacht sein (Birnbacher 2015). In einer 2019 erschienenen weiterführenden Arbeit des Philosophen werden mögliche Unterscheidungsmerkmale des (aktiven) Suizids und des Sterbefastens erörtert (Zeitpunkt und Sicherheit des Todeseintritt, Gewaltsamkeit und damit verbundene Irritation anderer), jedoch nicht als hinreichend betrachtet, um eine eindeutige Differenzierung zwischen FVNF und einer Form der suizidalen Handlung vorzunehmen (Birnbacher 2019).

Jox et al. (2017) vertreten eine ähnliche Position. Auch sie sehen FVNF als suizidale Handlung durch Unterlassen: „VSED should (therefore) be considered as a form of suicide as there is both an intention to bring about death and an omission that directly causes the effect.“

¹² „Wenn es überhaupt so etwas wie eine 'passive' Form des Suizids gibt, dann scheint das Sterbefasten ein paradigmatisches Beispiel dafür“ (Birnbacher 2015).

¹³ „Suicide is an act with a fatal outcome which the deceased, knowing or expecting a fatal outcome, had initiated and carried out with the purpose of provoking the changes he desired“ (Sepulveda et al. 2002).

Aus beiden, und weiteren Arbeiten (McGee and Miller 2017) geht hervor, dass FVNF zwar nicht ohne weiteres als Suizid bezeichnet werden, aber als eine Form der suizidalen Handlung gelten kann.

Warum FVNF als besondere Form des Suizids (passiver Suizid bzw. suizidale Handlung durch Unterlassen) klassifiziert wird, wird durch verschiedene Eigenschaften des FVNF begründet (Jox et al. 2017), welche ihn von einer suizidalen Handlung oder auch einem „aktivem Suizid“ (Birnbacher 2019) unterscheiden. Zunächst wird in FVNF ein weniger gewaltsamer oder aggressiver Akt als eine Selbsttötung durch Erschießen, Erhängen oder die Einnahme von Tabletten gesehen (Jox et al. 2017). Zudem resultiert aus einer suizidalen Handlung durch einen gewaltsamen Akt meist ein abrupter Todeseintritt, demgegenüber tritt selbst bei konsequenter Durchführung des FVNF der Tod erst nach mehreren Tagen ein. Zusätzlich ist die Entscheidung der Patientin oder des Patienten, durch FVNF das eigene Leben vorzeitig zu beenden, zumindest in den ersten Tagen reversibel (Jox et al. 2017; Nauck et al. 2014). Da für die Umsetzung des Entschlusses der Patientin oder dem Patienten über einige Tage erhebliche Willenskraft abverlangt wird, kann ausgeschlossen werden, dass es sich um eine vorübergehende Verstimmung oder eine impulsive Entscheidung handelt (Jox et al. 2017).

Andere Autoren diskutieren ähnliche Punkte als relevante Unterschiede zwischen FVNF und einer suizidalen Handlung (Schneider und Sperling 2019; Neitzke 2019). Als wesentliches Unterscheidungsmerkmal wird angeführt, dass beim FVNF keine Tötungshandlung vollzogen wird. Mit Verweis auf die etymologische Bedeutung des Wortes Suizid wird argumentiert, ein solcher sei eine gewaltsame Handlung mit unmittelbarer Wirkung und Todesfolge, demnach ein Erhängen, Erschießen oder die Einnahme einer tödlichen Medikamentenmenge (Neitzke 2019; Schneider und Sperling 2019). Demgegenüber beruht der Sterbeprozess beim FVNF auf physiologischen Ursachen, denkbar ist ein terminales Nierenversagen durch Exsikkose (Neitzke 2019; Tolmein 2019). Weiterhin tritt der Tod nicht unmittelbar ein, sondern lässt sich allenfalls auf einen Zeitraum begrenzen (Schneider und Sperling 2019; Neitzke 2019).

Gerald Neitzke (2019) warnt außerdem vor Abgrenzungsproblemen gegenüber anderen komplexen Fragestellungen im Bereich der Ethik am Lebensende, sollte FVNF als Suizid deklariert werden. Auch andere Autoren (Schneider und Sperling 2019; Alt-Epping 2019) argumentieren, Handlungen, wie der Verzicht auf verschiedene Therapien (Operationen,

Bluttransfusionen, künstliche Beatmung und Ernährung), können dem „Unterlassen in der Absicht, den Tod herbeizuführen, gleichen, werden aber nicht als Suizid bewertet“ (Schneider und Sperling 2019).

Aufgrund der aufgeführten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen FVNF und einer suizidalen Handlung plädieren manche Autoren, FVNF als „eine ganz eigene Handlungsweise“ anzusehen (Bickhardt und Hanke 2014; Neitzke 2019), als „zum Tode führende Handlung 'sui generis'“ (Tolmein 2019), welche eine individuelle ethische und rechtliche Bewertung ermögliche und erfordere (Neitzke 2019; Alt-Epping 2019).

Alternativ zu den aufgeführten Positionen wird eine Einordnung des FVNF als Therapieverzicht oder Behandlungsabbruch diskutiert (Alt-Epping 2018; Alt-Epping 2019; Schneider und Sperling 2019), der, im Gegensatz zu einer suizidalen Handlung, rechtlich und ethisch unstrittig ist und gesellschaftlich breite Akzeptanz findet – mehr noch: Eine Zuwiderhandlung gegen die Entscheidung des Patienten und eine medizinische Therapie trotz fehlender Einwilligung wird als Körperverletzung bewertet (Lipp 2005). Grundlage für die Einordnung des FVNF als Behandlungsabbruch bildet die Annahme, dass Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme als medizinische Therapie verstanden wird, die nicht unumstritten ist. Kritik an dieser Einschätzung übt der Philosoph und Medizinethiker Alfred Simon: Ein Behandlungsabbruch kategorisiere das Handeln des Arztes nicht des Patienten; darüber hinaus stelle die natürliche Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit keine Behandlung dar (Simon 2018). Zudem setzt FVNF nicht zwingend eine Behandlung in einem medizinischen Umfeld voraus (Tolmein 2019). Aus rechtlicher Sicht ist die Gleichstellung des FVNF mit einem Behandlungsabbruch zudem nicht unproblematisch (Augsberg 2019).¹⁴

Ergänzend bleibt noch die Einordnung des FVNF als natürlichen Tod zu erwähnen, wie sie von den Autoren des Buches „Ausweg am Lebensende“ vertreten wird. Sie argumentieren: „Das Gefühl sagt einem, dass man bei FVNF auf natürliche Weise stirbt, da man sozusagen nur ‚aufhört‘ zu leben“ (Chabot und Walther 2015). Ursächlich für die Wahrnehmung

¹⁴ „Der FVNF ist indes gerade kein Behandlungsabbruch in diesem Sinne. Es handelt sich nicht um eine bloße Wiederherstellung des *status quo ante* – etwa im Sinne eines Laufenlassens eines bereits begonnenen Krankheitsprozesses; andererseits liegt aber kein klassischer gezielter Eingriff vor, der die Beendigung des Lebens vom Krankheitsverlauf trennt.“ (Augsberg 2019).

könnte das vertraute Bild des Sterbenden beim FVNF sein, da wie bereits erwähnt, es nicht unüblich ist, wenn Patienten mit einer schweren Erkrankung in ihren letzten Lebenstagen kaum Nahrung oder Flüssigkeit zu sich nehmen. Man könnte daher auch formulieren, der Sterbeprozess beim FVNF nähere sich dem Bild eines natürlichen Sterbens an (Simon und Hoekstra 2015). Bei der Einordnung des FVNF als natürlichen Tod wird jedoch die Handlungsabsicht der Patientin oder des Patienten, also die bewusst getroffene Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten, den eigenen Tod vorzuziehen, außer Acht gelassen.

Vor dem Hintergrund der intensiv geführten ethischen und rechtlichen Debatte überrascht es, dass es bis 2019 von Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin keine konkrete Äußerung bezüglich der ethischen und rechtlichen Bewertung des FVNF gab. Zwar wurde FVNF als alternative und legale Möglichkeit gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung erwähnt und befürwortet (Nauck et al. 2014) und auch vor dem Hintergrund des § 217 StGB als unbedenklich bewertet (Tolmein und Radbruch 2017; Tolmein 2019), dennoch fehlte bis zum im Herbst 2019 erschienenen Positionspapier der DGP zum FVNF eine konkrete Einordnung seitens der Fachgesellschaft. Auch die DGP kritisiert die der Diskussion häufig zugrunde liegenden Definition des Suizides von Wolfersdorf als zu breit und beruft sich auf die dargelegten Unterschiede zwischen FVNF und einer suicidalen Handlung (Bewahren der körperlichen Unversehrtheit, Umkehrbarkeit, Fehlen eines abrupten Lebensendes, kein Einsatz von tödlichen Substanzen oder gewaltsamen Handlungen). Auch kann FVNF nach Meinung der DGP nicht als Behandlungsabbruch eingeordnet werden, da orale und selbstständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht als medizinische Therapie gelten kann. Daher wird FVNF seitens der DGP ebenfalls als „eigene Handlungskategorie“ bewertet (Radbruch et al. 2019).

Praxisrelevante Gründe für eine ethische Einordnung des FVNF erörtert der Medizinethiker Dieter Birnbacher. Wie auch die Autoren Chabot und Walther des Buches „Ausweg am Lebensende“ greift Dieter Birnbacher die für die Praxis relevante Fragestellung auf, wie beim Ausfüllen eines Totenscheins beim Tod durch FVNF zu verfahren ist (Birnbacher 2015). Wird FVNF als Suizid eingeordnet, so muss die Todesursache konsequenterweise als „unnatürlich“ eingeordnet werden, mit entsprechenden und für Angehörige sicherlich als unschön empfundenen Folgen wie polizeilichen und juristischen Untersuchungen des Sachverhalts. Wird FVNF als eine Form des Behandlungsabbruchs bzw. als ein natürlicher Tod bewertet,

ist die Kategorie des „unnatürlichen Todes“ sicherlich nicht die richtige Wahl. Auch dann aber wird sich die Frage stellen, was als Todesursache anzugeben ist. Die Autoren Chabot und Walther raten in diesem Fall dazu, eine möglichst konkrete Angabe wie etwa „Nierenversagen wegen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in der Absicht, den Tod früher herbeizuführen“ zu machen (Chabot und Walther 2015).

1.5 Ethische und rechtliche Einordnung der ärztlichen Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Entsprechend der in Kapitel 1.4 dargestellten Einordnungen des FVNF lässt sich auch das ärztliche Handeln hierbei bewerten. Wird FVNF als natürlicher Tod oder Behandlungsverzicht aufgefasst, so ist die Begleitung des Patienten als palliativmedizinische Begleitung eines Sterbenden einzuordnen und bedarf keiner weiteren ethischen Diskussion: Ärztinnen und Ärzte sind unmissverständlich angehalten, die Entscheidung einer Patientin bzw. eines Patienten zum Behandlungsabbruch zu respektieren (Bernat et al. 1993) und es ist unbestritten, dass die Begleitung eines Sterbenden in das Aufgabenspektrum eines dafür (palliativmedizinisch) ausgebildeten Arztes gehört (Bernat et al. 1993; Miller und Meier 1998; Simon und Hoekstra 2015).¹⁵

Wird jedoch der Entschluss der Patientin bzw. des Patienten, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, als eine suizidale Handlung bewertet, so kann in Betracht gezogen werden, die Begleitung der Patientin oder des Patienten durch die Ärztin oder den Arzt als ärztliche Hilfe zur Selbsttötung zu beurteilen (Jox et al. 2017). Unabhängig von persönlichen und moralischen Vorbehalten der Ärztin/ des Arztes gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung ist nach Meinung der Bundesärztekammer Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Auf-

¹⁵ § 16 Beistand für Sterbende: Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten (Bundesärztekammer 2018).

gabe und je nach Bundesland und der dortigen Umsetzung des § 16 der Musterberufsordnung drohen der betreffenden Ärztin bzw. dem betreffenden Arzt berufsrechtliche Sanktionen.¹⁶

Neben berufsrechtlichen Einschränkungen bestanden seit 2015 unter bestimmten Voraussetzungen auch strafrechtliche Konsequenzen im Fall der geschäftsmäßigen Förderung der Suizidbeihilfe (§ 217 StGB). Diese lag vor, wenn folgende Sachverhalte zutrafen: Durch das Handeln der Ärztin/des Arztes wird die Selbsttötung dem Patienten ermöglicht, die Ärztin oder der Arzt handelt mit der Intention, die Selbsttötung der Patientin bzw. des Patienten zu fördern und sein Handeln ist geschäftsmäßig, d.h. auf Wiederholung ausgerichtet. Nach Ansicht von Palliativmediziner*innen, Medizinethiker*innen und Rechtswissenschaftler*innen konnte der § 217 StGB für eine Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF unter den meist anzunehmenden Umständen jedoch keine Anwendung finden (Simon 2017; Tolmein und Radbruch 2017; Augsberg 2019). Denn sofern das Ziel des ärztlichen Handelns in der Begleitung beim Sterbeprozess lag, wurde die Förderabsicht (und damit die Strafbarkeit) in der Regel verneint. Lag das Ziel der Begleitung aber darin, der Patientin bzw. dem Patienten zu helfen, seinen Vorhaben umzusetzen, dann war eine Strafbarkeit nach § 217 StGB zu diskutieren (Augsberg 2019). Zwar sind diese Überlegungen nach Verkündung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020 hinfällig, trotzdem werden sie zu Unsicherheiten unter Ärztinnen und Ärzten geführt haben, wie die ärztliche Begleitung beim FVNF rechtlich zu bewerten ist.

Erst in wissenschaftlichen Arbeiten aus den letzten zwei Jahren gibt es konkrete Äußerungen zur Bewertung der ärztlichen Begleitung beim FVNF. Zuvor wurde die Thematik eher vergleichend und im Kontext der Bewertung anderer Formen der vorzeitigen Beendigung des Lebens diskutiert. Die Arbeitsgruppe „Entscheidungen am Lebensende“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. plädiert dafür, „für die Hilfe beim FVNF dieselben Entscheidungskriterien anzuwenden, die [...] auch für die Suizidhilfe erarbeitet wurden“ (Neitzke et al. 2013). Vertreter der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin erwähnten FVNF in den 2014 erschienen Reflexionen der DGP zum Thema ärztlich assistierter Suizid wohlwollend

¹⁶ Nach Angaben der Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. haben 9 der 17 Landesärztekammern § 16 gleichlautend aus der Musterberufsordnung übernommen (Neitzke et al. 2013).

als mögliche, entlastende Alternative zum ärztlich assistierten Suizid (Nauck et al. 2014). Ähnlich verfährt die IAHP in einem 2017 veröffentlichten Positionspapier zu aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid, in welchem FVNF marginal thematisiert wird aber ebenfalls als mögliche Option für Einzelfälle aufgeführt wird, allerdings wird die Notwendigkeit einer palliativmedizinischen Begleitung beim FVNF unbedingt vorausgesetzt (De Lima et al. 2017). Eine explizite ethische Einordnung des FVNF findet nicht statt, allerdings urteilt die IAHPC „practicing euthanasia and PAS would violate [these] professional standards“ (De Lima et al. 2017). In einer Veröffentlichung der European Association for Palliative Care (EAPC) findet sich eine konkretere Formulierung: „If a patient voluntarily stops eating and drinking, this would not be considered assisted suicide as it would require no assistance from another person“ (Radbruch et al. 2016). Auch beurteilten Vertreter der DGP 2017 in einer Stellungnahme als Reaktion auf die Gesetzesänderung die ärztliche Begleitung beim FVNF unmissverständlich nicht als Beihilfe zum Suizid, sondern als Linderung belastender Symptome (Tolmein und Radbruch 2017). Diese Einschätzung wird durch das 2019 erschienene Positionspapier der DGP erneut bestätigt, auch hierin wird betont: die palliativmedizinische Begleitung eines Patienten beim FVNF stellt keine strafbare Handlung dar (Radbruch et al. 2019).

Sollte FVNF als „eine Handlung sui generis“ (Neitzke 2019) verstanden werden, kann die ärztliche Begleitung hierbei ohnehin losgelöst von ethischen Herausforderungen im Bereich der Suizidhilfe diskutiert werden (Neitzke 2019). Vertreter dieser Einordnung des FVNF unterstreichen gleichwohl, trotz der Einordnung des FVNF als eigene Handlungsweise, sollten bei der Entscheidungsfindung und Durchführung des FVNF begleitende Personen den gleichen Sorgfaltspflichten nachkommen, welche bei der Suizidhilfe oder der Therapiezieländerung Anwendung finden (Neitzke 2019; Neitzke et al. 2013; Tolmein 2019).

Ungeachtet der unterschiedlichen Bewertung und Kategorisierung des FVNF herrscht Einigkeit darin, dass Patientinnen und Patienten nicht am FVNF gehindert werden können. Ein Verhindern des FVNF würde eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution bzw. eine Zwangsernährung darstellen, die unter diesen Umständen nicht zulässig wäre (Augsberg 2019; Bickhardt und Hanke 2014; Schneider und Sperling 2019).

1.6 Zusammenfassung

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist definiert als die freie Entscheidung einer einwilligungsfähigen Person, Essen und Trinken einzustellen, um damit absichtlich den eigenen Tod herbeizuführen (Simon und Hoekstra 2015). Schwerpunkt der bisherigen Forschung zu FVNF ist die Frage nach der ethischen und rechtlichen Einordnung. Empirische Arbeiten finden sich dagegen weniger zahlreich.

So ist z. B. nicht bekannt, mit welcher Häufigkeit sich Patientinnen und Patienten in Deutschland zum FVNF entscheiden. Studien aus Oregon (USA) und den Niederlanden zeigen, dass das medizinische Personal dieser Länder regelmäßig mit dieser Thematik konfrontiert wird (Bolt et al. 2015; Chabot and Goedhart 2009; Ganzini et al. 2003). Ferner ist wenig darüber bekannt, welche Patientinnen und Patienten sich vornehmlich zum FVNF entschließen. Veröffentlichte Fallbeispiele lassen folgenden Eindruck gewinnen: Meist handelt es sich um einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter mit einer inkurablen Grunderkrankung und dem starken Wunsch, das eigene Leben vorzeitig zu beenden (Quill et al. 2000; Schwarz 2011, 2014). Für diesen Entschluss können unterschiedliche Gründe und Motive eine Rolle spielen (Ganzini et al. 2003; Ivanović et al. 2014; Quill et al. 1997).

Die Dauer des Sterbeprozesses, ausgelöst durch FVNF, wird als Zeitspanne zwischen einer und drei Wochen angegeben (Chabot und Walther 2015), mehrheitlich trat der Tod innerhalb von 15 Tagen ein (Ganzini et al. 2003). Bislang wird der Sterbeprozess aus der Perspektive des begleitenden medizinischen Personals überwiegend positiv bewertet (Ganzini et al. 2003; Bolt et al. 2015). Über die physiologischen Prozesse während des FVNF gibt es keine genauen wissenschaftlichen Erkenntnisse, als mögliche Symptome konnten in einer Studie niederländischer Autoren Schmerzen, Durst, Müdigkeit, Luftnot, kognitive Einschränkungen bis hin zum Delir identifiziert werden (Bolt et al. 2015).

In Deutschland hingegen wurde bislang noch nicht untersucht, welche Erfahrungen medizinisches Personal in der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF gemacht haben.

FVNF hat verschiedene Vor- und Nachteile. Er ermöglicht der Patientin/dem Patienten, die Umstände des eigenen Todes zu kontrollieren. Außerdem ist die Entscheidung der Patientin oder des Patienten in den ersten Tagen reversibel. Im Vergleich zur ärztlichen Hilfe zur

Selbsttötung tritt der Tod nicht abrupt ein. Andererseits muss zur Verwirklichung dieser Methode über einen längeren Zeitraum von der Patientin bzw. vom Patienten Disziplin und Ausdauer aufgebracht werden. Zusätzlich kann sowohl für Angehörige als auch für Patientin und Patient die ungewisse Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes als belastend empfunden werden (Bolt et al. 2015).

Obwohl es grundsätzlich möglich ist, FVNF ohne die Begleitung einer Ärztin oder eines Arztes umzusetzen, wird eine ärztliche Betreuung von den meisten Autoren als sinnvoll erachtet. Zur ärztlichen Begleitung gehören einerseits Hilfestellungen beim Entscheidungsprozess, andererseits Maßnahmen des Symptommanagements. Dazu ist im Jahr 2014 in den Niederlanden eine ausführliche Handreichung erschienen (KNMG und VetVN Handreiking 2014), in Deutschland erschienen seitens der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2019 erstmalig Empfehlungen zum Umgang mit Patienten beim FVNF (Radbruch et al. 2019).

Hierzulande ist nicht bekannt, in welchem Umfang Ärztinnen und Ärzte oder anderes medizinisches Personal Erfahrungen mit der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF haben bzw. wie der FVNF und die Begleitung hierbei bewertet wird. Studien aus den Niederlanden sowie aus Oregon zeigen, dass medizinisches Personal, das schwer kranke und sterbende Patientinnen und Patienten begleitet, immer wieder mit dem Thema konfrontiert wird. Die Erfahrungen werden überwiegend als positiv beschrieben (Bolt et al. 2015; Ganzini et al. 2003).

Des Weiteren hat in der wissenschaftlichen Debatte bisher keine einheitliche ethische und rechtliche Einordnung des FVNF erfolgen können. Gegenwärtig finden sich unterschiedliche und zum Teil konträre Positionen, im Vordergrund der wissenschaftlichen Debatte steht aber, ob FVNF als Suizid betrachtet werden kann oder ethisch und rechtlich davon abgegrenzt werden sollte (Birnbacher 2015, 2019; Jox et al. 2017; Neitzke 2019; Tolmein 2019; Alt-Epping 2019; Schneider und Sperling 2019; Radbruch et al. 2019).

Die BÄK hat sich zur Frage der Einordnung des FVNF bislang nicht positioniert, die palliativmedizinische Fachgesellschaft plädiert dafür, FVNF als „eigene Handlungsweise“ zu bewerten. In ihren Stellungnahmen zum § 217 StGB stellten sie jedoch übereinstimmend fest, dass die Begleitung beim FVNF keine Förderung der Selbsttötung darstellte

(Bundesärztekammer 2017; Tolmein und Radbruch 2017; Radbruch et al. 2019) – eine Einschätzung, die juristisch jedoch nicht eindeutig geklärt wurde (Duttge und Simon 2017; Augsberg 2019). Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. Februar 2020 erklärt das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung als verfassungswidrig und betont im allgemeinen Persönlichkeitsrecht sei auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben mit Unterstützung Dritter enthalten (Bundesverfassungsgericht 2020), strafrechtliche Konsequenzen müssen nun bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF nicht befürchtet werden. Nichtsdestotrotz bleibt aber die Frage nach der ethischen Bewertung des FVNF und ärztlichen Begleitung hierbei bestehen.

2 Material und Methoden

2.1 Fragestellungen und Methodik

Wie im vorangegangenen Kapitel dargelegt, wurde die Thematik des FVNF bislang kaum empirisch erarbeitet. Während FVNF und die Begleitung hierbei in der wissenschaftlichen Debatte kontrovers diskutiert wird, ist nicht bekannt, wie Ärztinnen und Ärzte FVNF und ihr ärztliches Handeln in diesem Zusammenhang wahrnehmen. Ziel der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie war zu untersuchen, wie FVNF von den befragten Ärzten bewertet wird und welche Faktoren für die Bewertung des FVNF und das ärztliche Handeln hierbei eine Rolle spielen.

Der Überblick über die aktuelle Diskussion hat außerdem gezeigt, dass die bisherige Auseinandersetzung mit FVNF geprägt ist von der Annahme, die Entscheidungen einer Patientin bzw. eines Patienten, durch FVNF aus dem Leben zu scheiden, stelle eine seltene Ausnahme dar, mit der Ärztinnen und Ärzte in ihrer beruflichen Praxis selten bis nie konfrontiert werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte diese Ansicht überprüft und in Erfahrung gebracht werden, welche Rolle FVNF im Kontext der palliativmedizinischen Patientenversorgung in Deutschland spielt.

Mit Hilfe einer empirischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten sollten nachfolgende Fragen beantwortet werden:

1. Fragen zum Kenntnisstand der Thematik:

- Ist den Befragten die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt?
- Haben die Befragten bereits Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit begleitet?
- Wenn ja, welche Erfahrungen haben sie bei der Begleitung dieser Patientinnen und Patienten gemacht?

2. Fragen zur Bewertung der Thematik

- Befürworten die Teilnehmenden FVNF als Möglichkeit für Patientinnen und Patientin mit infauster Prognose, den eigenen Tod vorzuziehen?
- Spielen Eigenschaften von Patientinnen und Patienten (Grunderkrankung, Lebenserwartung, Zeitpunkt der Erkrankung) eine Rolle für die Befürwortung des FVNF durch die Befragten?
- Beeinflussen Eigenschaften der befragten Ärztinnen und Ärzte (Alter, Geschlecht, Religiosität, Art der Weiterbildungsermächtigung) die Befürwortung des FVNF?
- Spielt die grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung eine Rolle für die Befürwortung des FVNF?

Zur Beantwortung der formulierten Fragestellungen sollte ein breites Kollektiv in die Studie mit einbezogen werden. Daher fiel die Wahl auf eine quantitative Methodik. Im Zeitraum von Mai 2014 bis Juli 2014 erfolgte mittels Fragebogen eine bundesweite Befragung von zur Weiterbildung ermächtigten Palliativ- und Allgemeinmedizinerinnen und Medizinern.

2.2 Auswahl der Stichprobe

Da sich die Befragung auf Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten im palliativmedizinischen Kontext konzentrieren sollte, wurden Ärztinnen und Ärzte ausgewählt, die überwiegend in diesem Bereich tätig sind. Hierzu zählen neben Palliativmedizinern ebenfalls allgemeinmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte. Um sicherzustellen, dass die Befragten ein gewisses Maß an Berufserfahrung besitzen, und aus Gründen der Durchführbarkeit der Studie wurden zur Weiterbildung ermächtigte Palliativ- und Allgemeinmedizinerinnen und Mediziner ausgewählt. Ziel war es, zwei gleich große Gruppen zu generieren. Es wurden daher von 2014 in Deutschland tätigen 463 Palliativmedizinern 344 Ärztinnen und Ärzte angeschrieben (3 von 4). Die Zahl der zur Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin ermächtigten Ärztinnen und Ärzte betrug 11810. Hiervon wurden 370 Ärztinnen und Ärzte in die Studie eingeschlossen (1 von 32). Die Auswahl der angeschriebenen Kolleginnen und Kolle-

gen erfolgte per Zufallsprinzip. Als Quelle dienten die auf den Internetseiten der Landesärztekammern frei zugänglichen Adresslisten der zur Weiterbildung ermächtigten Ärztinnen und Ärzten¹⁷.

2.3 Der Fragebogen

Auf der Basis einer ausführlichen Literaturrecherche wurde ein Fragebogen entwickelt, der die in Kapitel 2.1 formulierten Fragen beantworten sollte und sich in drei Themenkomplexe gliedern lässt.

Die meisten Fragen (Items) sollten geschlossen beantwortet werden, d. h. die Befragten konnten zwischen zwei oder mehr Antwortmöglichkeiten die zutreffende auswählen. Mit Ausnahme von fünf Items (Fragen 3.6, 4, 7.3, 7.4 und 7.6) waren Mehrfachnennungen nicht zulässig bzw. wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Bei insgesamt sieben Items (Frage 3.3, 3.5, 3.6, 4, 7.3, 7.4 und 7.6) bestand zudem die Möglichkeit, sich in Form eines Kommentares zu äußern.

Im Folgenden wird Aufbau und Inhalt des Fragebogens genau erläutert, Anhang 6.1 enthält den vollständigen Fragebogen.

2.3.1 Themenkomplex 1: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Bisheriger Kenntnisstand der Thematik: In Frage 1 wurden die Teilnehmenden gebeten anzugeben, inwieweit ihnen die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt ist und in welchem Umfang sie sich bisher mit diesem beschäftigt hatten. Sie konnten sich zwischen drei Antwortmöglichkeiten entscheiden („Ich habe den Begriff noch nie zuvor gehört bzw. habe mich bisher nicht mit der Thematik beschäftigt“, „Ich habe davon gehört und mich ein wenig damit beschäftigt“, „Ich habe davon gehört und mich bereits eingehend damit beschäftigt“).

Bisherige Erfahrungen mit der Thematik: Anhand der Fragen 2.1, 2.2 und 2.3 wurden die Teilnehmenden zu ihren bisherigen Erfahrungen mit der Thematik befragt. Im Detail wurde abgefragt, ob die Teilnehmenden innerhalb der letzten fünf Jahre von Patienten auf die

¹⁷ Es findet sich eine Auflistung der Internetquellen im Anschluss an das Literaturverzeichnis im Anhang dieser Arbeit (vgl. Kapitel 7.1).

Thematik des FVNF angesprochen wurden (Frage 2.1), gegenüber Patienten die Möglichkeit des FVNF erwähnt haben (Frage 2.2) und schließlich ob und wie häufig sie in diesem Zeitraum einen Patienten beim FVNF betreut haben (Frage 2.3). Sie konnten sich zwischen fünf abgestuften Antwortmöglichkeiten entscheiden („Niemals“, „1x“, „2-3x“, „4-5x“, „häufiger als 5x“).

Bisherige Erfahrungen mit der Begleitung von Patienten beim FVNF: Die Teilnehmenden, die innerhalb der letzten fünf Jahre bereits Erfahrungen in der Begleitung von Patienten beim FVNF sammeln konnten, wurden gebeten, genauere Angaben zu ihrem letzten Fall zu machen. Anhand der Fragen 3.1 – 3.5 wurden Geschlecht („männlich“, „weiblich“), Alter („Jünger als 40 Jahre“, „40-50 Jahre“, „51-60 Jahre“, „61-70 Jahre“, „71-80 Jahre“, „älter als 80 Jahre“), Grunderkrankung (Freitextantwort), ungefähre Lebenserwartung und Umfeld des betreffenden Patienten abgefragt. Des Weiteren sollte in diesem Fragenkomplex angegeben werden, von wem die Initiative zum FVNF ausging („Patient“, „Arzt“, „Pflegekräfte“, „Angehörige“, „Sonstige, und zwar:“). In Frage 3.7 und Frage 3.8 wurde gefragt, ob im konkreten Fall ein Psychiater konsultiert und eine ethische Fallbesprechung durchgeführt wurde („Ja“, „Nein“). Abschließend sollten die Teilnehmenden einschätzen, wie belastend sie den Verlauf des FVNF vom Zeitraum der Entscheidung des Patienten bis zum Eintritt seines Todes für den jeweiligen Patienten, die Angehörigen des Patienten sowie für sich selbst als betreuenden Arzt oder Ärztin empfanden (Frage 3.9). Die Antwortmöglichkeiten wurden bei dieser Frage in Form einer vierstufigen Skala präsentiert („stark belastend“, „belastend“, „wenig belastend“, „nicht belastend“).

Begrifflichkeiten: In der bisherigen medizinethischen Debatte werden unterschiedliche Begrifflichkeiten für die Thematik des Fragebogens verwendet. Zwei Begriffe („Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ sowie „Sterbefasten“) wurden den Teilnehmenden in Frage vier zur Auswahl gestellt. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, durch eine Freitextantwort einen bevorzugten Begriff auszuformulieren.

2.3.2 Themenkomplex 2: Bewertung der Thematik

In diesem Teil des Fragebogens ging es um die Bewertung des FVNF und das ärztliche Handeln in diesem Kontext. Als Messinstrument für die Einstellung der Befragten zum FVNF wurden vier Fallvignetten mit kurzen, fiktiven Patientenbeispielen konstruiert:

- **Patient 1:** Ein 55-jähriger, einwilligungsfähiger Patient mit fortgeschrittener, inkurabler Tumorerkrankung und einer angenommenen Lebenserwartung von unter einem halben Jahr entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen (**Onkologischer Patient**).
- **Patient 2:** Ein 70-jähriger und aktuell einwilligungsfähiger Patient erhält die Diagnose einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ. Die zu erwartenden Krankheitssymptome und -stadien möchte er nicht erleben und entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen (**Demenzerkrankter Patient**).
- **Patient 3:** Ein 40-jähriger, einwilligungsfähiger Patient, der durch ein Verkehrstrauma eine hohe spinale Läsion erlitten hat und ist seit dem tetraplegisch ist möchte sein Leben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig beenden (**Tetraplegischer Patient**).
- **Patient 4:** Ein 85-jähriger, einwilligungsfähiger Patient, der wiederholt äußert, er habe sein Leben gelebt und wolle nun sterben. Er beschließt, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen (**Alter Patient**).

Ausgangspunkt aller geschilderten Fallbeispiele war ein einwilligungsfähiger Patient, welcher entweder an einer Erkrankung mit infauster Prognose leidet (Patient 1) oder aber sich in einer gesundheitlichen Situation befindet, die keine Aussicht auf Besserung bietet (Patient 2, 3 und 4). Gemein ist allen Patienten der Entschluss, den eigenen Tod durch FVNF herbei zu führen. Die geschilderten Patienten unterschieden sich jedoch in der angenommenen Lebenserwartung, dem Erkrankungszeitpunkt sowie dem Vorliegen einer diagnostisch gesicherten Erkrankung. Die Eigenschaften der Patienten wurden als Faktoren definiert (Mehrfaktorielles Design, vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Mehrfaktorielles Design der Patientenfallbeispiele

	Onkologischer Patient (1)	Demenzkranker Patient (2)	Tetraplegischer Patient (3)	Alter Patient (4)
Autonome Entscheidung	ja	ja	ja	ja
Gesundheitszustand ohne Hoffnung auf Besserung	ja	ja	ja	ja
Lebenserwartung beschränkt auf Monate	ja	nein	nein	nein
Erkrankungseintritt in jungem Lebensalter	ja	nein	ja	nein
Diagnostisch gesicherte Erkrankung	ja	ja	ja	nein

Zu den präsentierten Fallbeispielen wurden den Teilnehmenden sechs Aussagen (Items) vorgelegt, die sie mit Hilfe einer vierstufigen Rating-Skala bewerten konnten („stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme überhaupt nicht zu“), eine Übersicht bietet Tabelle 2:

Tabelle 2: Aussagen zur Bewertung der präsentierten Fallbeispiele

Item eins:	„Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.“
Item zwei:	„Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.“
Item drei:	„Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.“
Item vier:	„Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten“
Item fünf:	„Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.“
Item sechs:	„Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.“

Um die abhängige Variable „Zustimmung der Teilnehmenden zum FVNF“ zu gewinnen, wurden die beiden zuletzt genannten Items fünf und sechs umgepolt (vgl. Kapitel 2.4). Anschließend wurde ein Mittelwert über die Zustimmung (stimme voll zu, stimme zu, stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu) zu den sechs Antworten gebildet.

Die letzte Frage des Themenkomplex 2 beschäftigt sich mit der grundsätzlichen Einstellung der Befragten zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung. Abermals wurden den Befragten Aussagen (Items) vorgelegt (vgl. Tabelle 3), die diese mit einer vierstufigen Rating-Skala bewerten sollten („stimmte voll zu“, „Stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme überhaupt nicht zu“).

Tabelle 3: Aussagen zur Bewertung der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

Items eins:	„Für mich steht ärztliche Hilfe zur Selbsttötung im Widerspruch zum ärztlichen Ethos.“
Items zwei:	„Ich halte ärztliche Hilfe zur Selbsttötung für moralisch vertretbar.“
Item drei:	„Hilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“
Item vier:	„Ärzten sollte es in begründeten Fällen berufsrechtlich erlaubt sein, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.“

2.3.3 Themenkomplex 3: Soziodemographische Daten

Im letzten Teil des Fragebogens wurden soziodemographische Daten der Teilnehmenden erfragt. Neben Alter und Geschlecht wurden die Teilnehmenden gebeten, Angaben zum beruflichen Umfeld zu machen (Facharztausbildung, Tätigkeitsbereich, Berufserfahrung, Weiterbildungsermächtigung, Vorliegen der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin). Zusätzlich wurden die Befragten gebeten, mittels einer zehnstufigen Antwortskala ihre Religiosität einzuschätzen.

2.4 Versand der Fragebögen

Im Mai 2014 erfolgte der Versand der Fragebögen per Post. Ein beiliegendes Anschreiben informierte die Teilnehmer über Hintergrund und Durchführung der Befragung. Falls Interesse an der Zusendung der Ergebnisse der Befragung bestand, wurden die Teilnehmenden

gebeten, ihre Adresse auf dem Deckblatt anzugeben. Vor Auswertung der Fragebögen wurden die Deckblätter von den Fragebögen entfernt, um eine anonyme Auswertung garantieren zu können. Um die Antwortrate zu erhöhen, war es auf diese Weise aber dennoch möglich, sechs Wochen später ein Erinnerungsschreiben an diejenigen zu versenden, die noch nicht teilgenommen hatten. Im Juli 2014 wurde die Datenerhebung abgeschlossen.

2.5 Analyse und statistische Verfahren

Die statistische Analyse der erhobenen Daten wurde mit Microsoft Excel und IBM SPSS Statistics Version 22 durchgeführt. Neben einer deskriptiven Auswertung erfolgte eine inferenzstatistische Analyse der Daten. Kategoriale Daten wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests auf Zusammenhänge getestet. Für intervallskalierte Variablen wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson ermittelt.

Zur Auswertung der Fallvignetten wurden die zunächst negativ gepolten Items „Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen“ (Item fünf, vgl. Tabelle 2) und „die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar“ (Item 6, vgl. Tabelle 2) umgepolt. Anschließend konnten die 6 Items zu einem Zustimmungsscore (1 = keine Zustimmung bis 4 = maximale Zustimmung) mit hoher interner Konsistenz (Cronbachs alpha = .873) gemittelt werden.

Bei annähernder Normalverteilung der Zustimmungswerte über alle vier Fallvignetten und 6 Items wurde zur weiteren statistischen Analyse der Daten die Varianzanalyse gewählt. Die Zustimmung der Teilnehmenden zum FVNF wurde als intervallskaliert aufgefasst. Der nominalskalierte Faktor Patient variierte in vier Ausprägungen (Onkologischer, Demenzerkrankter, Tetraplegischer und Alter Patient), daher wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor Patient durchgeführt. Zusätzlich zu dem Messwiederholungsfaktor Patient wurde je eine weiterer Prädiktorvariable hinzugefügt und deren Haupteffekt sowie Interaktion mit dem Faktor Patient in das Design aufgenommen (Soziodemographische Angaben der Befragten, Anzahl der bereits betreuten Patienten beim FVNF sowie grundsätzliche Einstellung gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung).

Bei allen statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt.

3 Ergebnisse

Insgesamt wurden 714 Fragebögen verschickt (vgl. Kapitel 2.2). 255 wurden ausgefüllt zurückgesendet, als nicht zustellbar kamen zwölf Sendungen zurück (drei im Fach Palliativmedizin und neun im Fach Allgemeinmedizin zur Weiterbildung ermächtigte gelistete Personen). Insgesamt betrug die Antwortquote damit 36 %, wobei die Antwortquote bei den zur Weiterbildung ermächtigten Palliativmedizinerinnen und Palliativmedizinern mit 43 % (N = 148) signifikant höher war als bei den zur Weiterbildung ermächtigten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (N = 107, 29 %; Chi-Quadrat(1) = 14,3 p < .001). Dieser Unterschied kann als Hinweis auf ein hohes Interesse der Palliativmedizin an der Thematik des FVNF angesehen werden.

3.1 Soziodemographische Daten

Die Teilnehmenden (N = 255) waren zu einem Drittel weiblich und zu zwei Dritteln männlich (32 % vs. 68 %). Die überwiegende Mehrzahl (76 %) war zwischen 41 und 60 Jahre alt und besaß fortgeschrittene Berufserfahrung: 67 % der Teilnehmenden waren bereits mehr als 20 Jahre ärztlich tätig, die übrigen (27 %) zwischen 11 und 20 Jahre. Nur ein kleiner Teil der Befragten besaß weniger als zehn Jahre Berufserfahrung (5 %). Von den Teilnehmenden hatten 42 % eine Facharztausbildung in Allgemeinmedizin absolviert. 36 % hatten einen Facharzttitel für Innere Medizin, darunter wurden zur Auswertung ebenfalls alle spezielleren Subdisziplinen der Inneren Medizin wie Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie und Rheumatologie erfasst. 18 % der Teilnehmenden waren Fachärzte für Anästhesiologie, 7 % der Teilnehmenden besaßen eine Facharztqualifikation in keiner der bisher benannten Fachrichtungen.

Hinsichtlich der erworbenen Weiterbildungsermächtigung fand sich ein annähernd ausgeglichenes Verhältnis: Die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (49 %) waren im Fach Allgemeinmedizin zur Weiterbildung ermächtigt, 58 % im Fach Palliativmedizin und 10 % für beide Fächer. Zwei Drittel der Teilnehmenden (65 %) hatten die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben.

Mehrheitlich waren die Befragten im niedergelassenen Bereich tätig (60 %), die übrigen (40 %) betreuten überwiegend Patienten in stationären Einrichtungen. Ein kleiner Teil (2 %) arbeitete in beiden Bereichen. Hinsichtlich der Religiosität der Teilnehmenden ergab sich

eine homogene Verteilung: Jeweils ein Drittel bezeichneten sich als „schwach“ (1-3), „mittelmäßig“ (4-7) bzw. „stark religiös“ (8-10). Tabelle 4 stellt die soziodemographischen Angaben der Teilnehmenden detailliert dar.

Tabelle 4: Charakteristika der an der Umfrage teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (N = 255)

Geschlecht	Weiblich	N = 81 (32 %)
	Männlich	N = 173 (68 %)
Alter	<30 Jahre	N = 0 (0 %)
	31-40 Jahre	N = 12 (5 %)
	41-50 Jahre	N = 91 (36 %)
	51-60 Jahre	N = 101 (40 %)
	> 60 Jahre	N = 49 (19 %)
	Keine Angabe	N = 1 (0 %)
Facharztausbildung ^a	Allgemeinmedizin	N = 108 (42 %)
	Innere Medizin	N = 91 (36 %)
	Anästhesiologie	N = 45 (18 %)
	Sonstige	N = 18 (7 %)
	Keine Angabe	N = 10 (4 %)
Tätigkeitsbereich ^b	Krankenhaus	N = 101 (40 %)
	Niedergelassener Bereich	N = 151 (59 %)
		N = 23 (9 %)
	Sonstiges	
Dauer der ärztlichen Tätigkeit	< 5 Jahre	N = 3 (1 %)
	5-10 Jahre	N = 11 (4 %)
	11-20 Jahre	N = 68 (27 %)
	> 20 Jahre	N = 165 (65 %)
	Keine Angabe	N = 8 (3 %)
Art der Weiterbildungsermächtigung ^c	Allgemeinmedizin	N = 124 (49 %)
	Palliativmedizin	N = 145 (57 %)
	Sonstige	N = 23 (9 %)
	Keine Angabe	N = 4 (2 %)
Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Ja	N = 165 (65 %)
	Nein	N = 88 (35 %)
Religiosität	Schwach	N = 74 (29 %)
	Mittel	N = 92 (36 %)
	Stark	N = 82 (32 %)
	Keine Angabe	N = 7 (3 %)

a, b, c Mehrfachnennung möglich

3.2 Kenntnisstand bezüglich des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

Über 90 % der Teilnehmenden gaben an, sich mindestens ein wenig mit dem Thema beschäftigt zu haben, die Hälfte (49 %) hatte sich bereits eingehend mit der Thematik beschäftigt, lediglich 7 % der Teilnehmenden war die Thematik des FVNF gänzlich unbekannt (Abbildung 1).

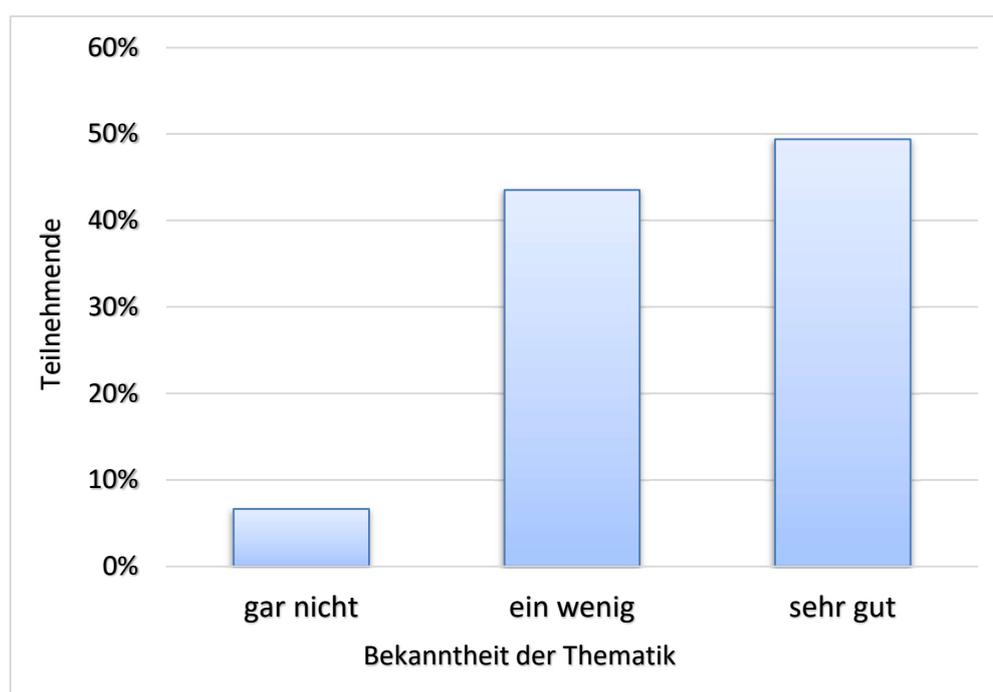


Abbildung 1: Frage 1: Ist Ihnen der Begriff oder die Thematik des FVNF bekannt? (N = 255)

3.3 Bisherige Erfahrung mit der Thematik

Die Auswertung der Fragen zu eigenen Behandlungserfahrungen (Frage 2.1 bis 2.3) konnte zeigen, dass die Thematik des FVNF im klinischen Alltag der befragten Ärzte präsent ist. So gaben 72 % der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an, in den letzten fünf Jahren mindestens einmal von Patienten auf die Möglichkeit des FVNF angesprochen worden zu sein (Abbildung 2). Knapp ein Drittel der Befragten (31 %) war von Patienten sogar häufiger als fünf Mal auf diese Thematik angesprochen worden. Ebenfalls hatte über die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte (61 %) mindestens einmal Patienten gegenüber die Möglichkeit des FVNF erwähnt (Abbildung 3).

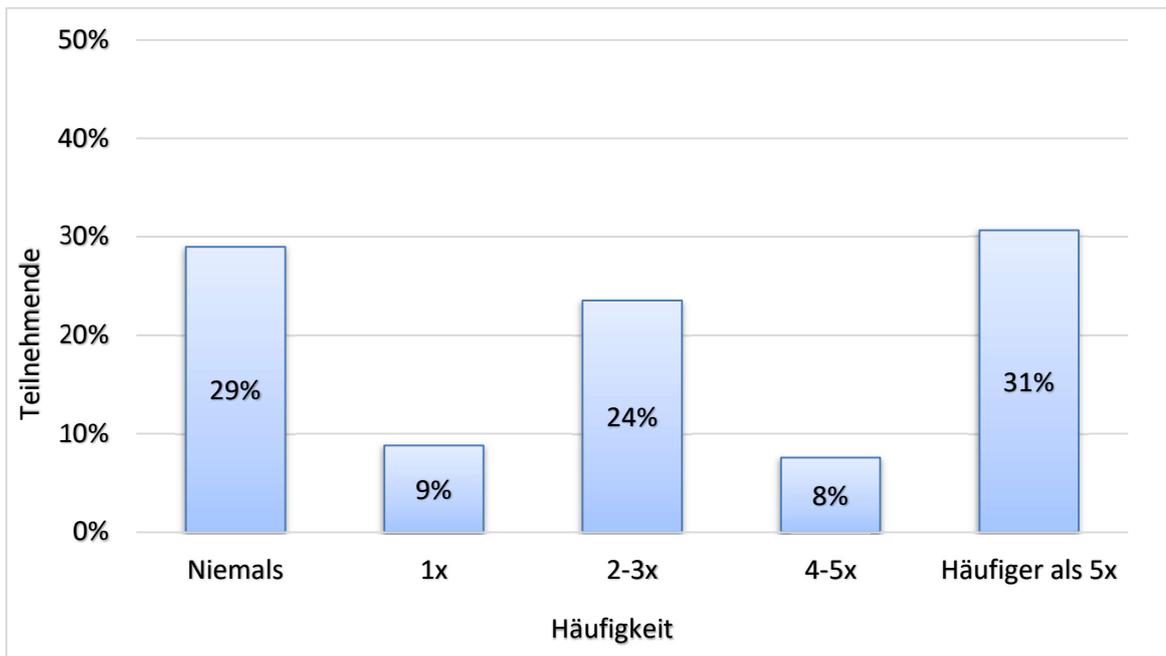


Abbildung 2: Frage 2.1: Wurden Sie in den letzten fünf Jahren von Patienten auf die Thematik des FVNF angesprochen? (N = 255)

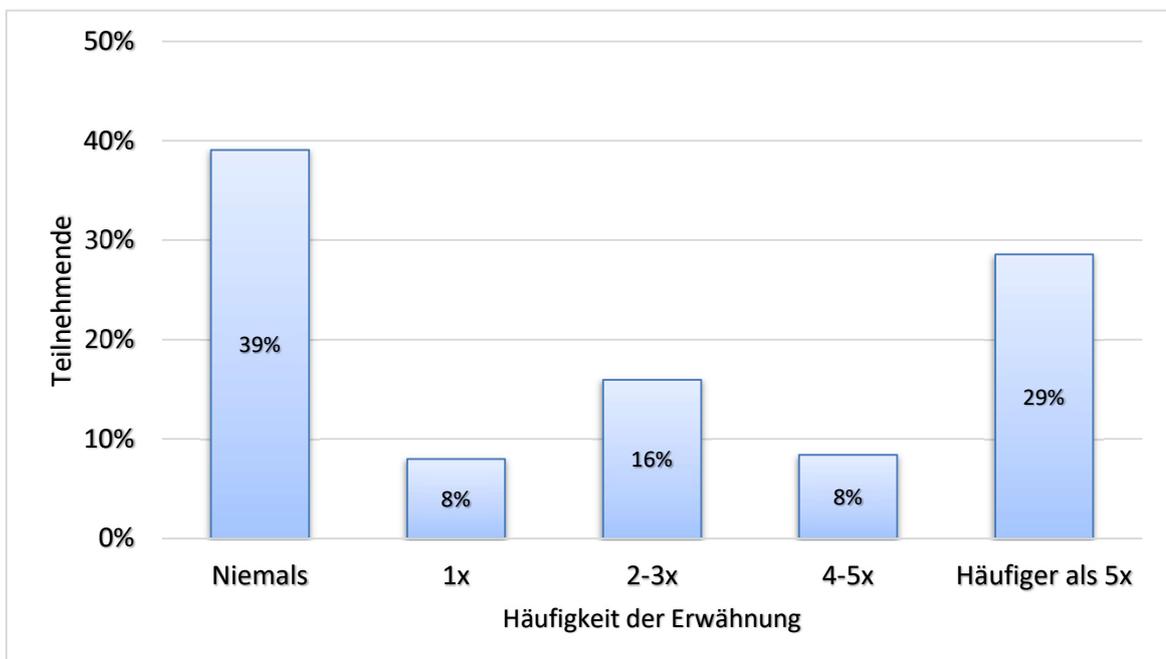


Abbildung 3: Frage 2.2: Haben Sie in den letzten fünf Jahren einem Patienten gegenüber die Möglichkeit des FVNF erwähnt? (N = 255)

Die Ergebnisse zeigen ferner, dass die Häufigkeit von FVNF im klinischen Alltag (Kapitel 1.2.2) bislang unterschätzt wurde: Fast zwei Drittel (62 %) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gab an, in den letzten fünf Jahren mindestens einen Patienten beim FVNF betreut zu haben (Abbildung 4). Ein Fünftel (21 %) gab sogar an, in dem Zeitraum mehr als fünf Patienten begleitet zu haben, was durchschnittlich einem Patienten pro Jahr entspricht (Abbildung 4).

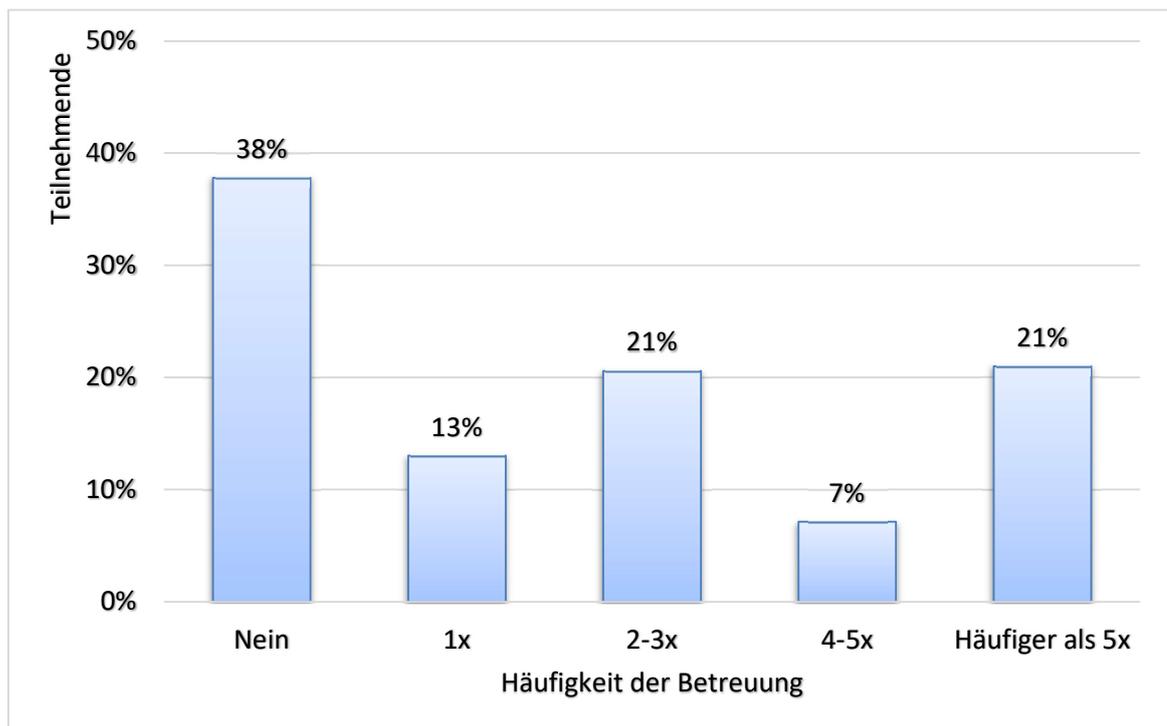


Abbildung 4: Frage 2.3: Haben Sie in den letzten fünf Jahren Patienten beim FVNF betreut? (N = 255)

3.4 Bisherige Erfahrungen mit der Betreuung von Patientinnen und Patienten

Anhand der Fragen 3.1 bis 3.9 wurden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die bereits Erfahrung mit der Begleitung von Patienten beim FVNF besaßen, gebeten, sich an ihren letzten Fall zu erinnern. Insgesamt wurden zu 149 Patienten Angaben gemacht. Unter diesen fand sich ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (45 % männlich, 55 % weiblich). Die Mehrheit der begleiteten Patienten (65 %) war älter als 70 Jahre, der Anteil der Patienten mit einem Lebensalter von 50 Jahren und jünger betrug 8 %.

In Frage 3.3 wurden die Teilnehmenden gebeten, die Grunderkrankung des betreffenden Patienten in Form einer Freitextantwort anzugeben. Zur Auswertung dieser Angaben wurden die angegebenen Erkrankungen in vier Kategorien eingruppiert: Erkrankungen mit onkologischer, neurologischer sowie internistischer, aber nicht onkologischer Genese. Grunderkrankungen, die keiner der genannten Gruppen entsprachen, wurden unter sonstigen Grunderkrankungen zusammengefasst.

Die meisten Patienten litten an onkologischen (60 %) oder neurologischen (21 %) Erkrankungen und hatten nach Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte eine begrenzte Lebenserwartung von wenigen Wochen (54 %). Die bisherigen Erfahrungen der Befragten zeigen aber, dass sich nicht ausschließlich Patienten zum FVNF entschließen, deren Lebenserwartung auf wenige Wochen begrenzt ist: In 10 % der geschilderten Fälle wurde die Lebenserwartung des betreffenden Patienten von den Ärztinnen und Ärzten auf mehr als ein Jahr eingeschätzt. Die Patienten befanden sich meist in häuslicher Umgebung (42 %), seltener in Einrichtungen der stationären Patientenversorgung (26 %) oder im Pflegeheim (17 %). Ein geringer Anteil der Patienten entschloss sich im Hospiz zum FVNF (6 %).

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Charakteristika der in der Studie geschilderten Patienten.

Tabelle 5: Angaben zu den Patienten (N = 149)

Geschlecht	Männlich	N = 67 (45 %)
	Weiblich	N = 82 (55 %)
Alter	< 40 Jahre	N = 1 (1 %)
	40-50 Jahre	N = 10 (7 %)
	51-60 Jahre	N = 20 (13 %)
	61-70 Jahre	N = 20 (13 %)
	71-80 Jahre	N = 39 (26 %)
	> 80 Jahre	N = 58 (39 %)
	Keine Angabe	N = 1 (1 %)
Grunderkrankung	Onkologisch	N = 89 (60 %)
	Neurologisch	N = 32 (21 %)
	Internistisch, nicht onkologisch	N = 12 (8 %)
	Sonstige	N = 6 (4 %)
	Keine Angabe	N = 10 (7 %)
Lebenserwartung	Wenige Wochen	N = 80 (54 %)
	Weniger als 6 Monate	N = 42 (28 %)
	Mehr als 6 Monate	N = 8 (5 %)
	Mehr als 1 Jahr	N = 15 (10 %)
	Keine Angabe	N = 4 (3 %)
Umfeld	Häusliches Umfeld	N = 63 (42 %)
	Pflegeheim	N = 26 (17 %)
	Hospiz	N = 9 (6 %)
	Stationäre Krankenversorgung	N = 38 (26 %)
	Sonstiges	N = 10 (7 %)
	Keine Angabe	N = 3 (2 %)

In 84 % der geschilderten Fälle ging die Initiative zum FVNF von den Patienten aus, in jeweils 14 % der Fälle vom betreuenden Mediziner oder von den Angehörigen.

Eine ethische Fallbesprechung fand in 27 % der Fälle statt, ein psychiatrisches Konsil wurde nur 10 % der Fälle durchgeführt, allerdings wurde bei dieser Frage häufig ein ergänzender Kommentar auf dem Fragebogen vermerkt („Psychologe“ [17, 38, 63, 118, 150, 170]).

Nach Einschätzung der begleitenden Ärztinnen und Ärzte war der Verlauf für den Patienten wenig belastend (MW = 1,9, SD = 0,85 auf einer Skala von 1 = nicht belastend bis 4 = stark belastend, vgl. Abbildung 5). Auch die eigene Belastung wurde von den Ärztinnen und Ärzten als eher gering eingeschätzt (MW = 2,0, SD = 0,80). Die Belastung für Angehörige der Patienten hingegen wurde als deutlich stärker wahrgenommen (MW = 2,9, SD = 0,86). Abbildung 6 zeigt die deskriptive Auswertung in Prozentangaben.

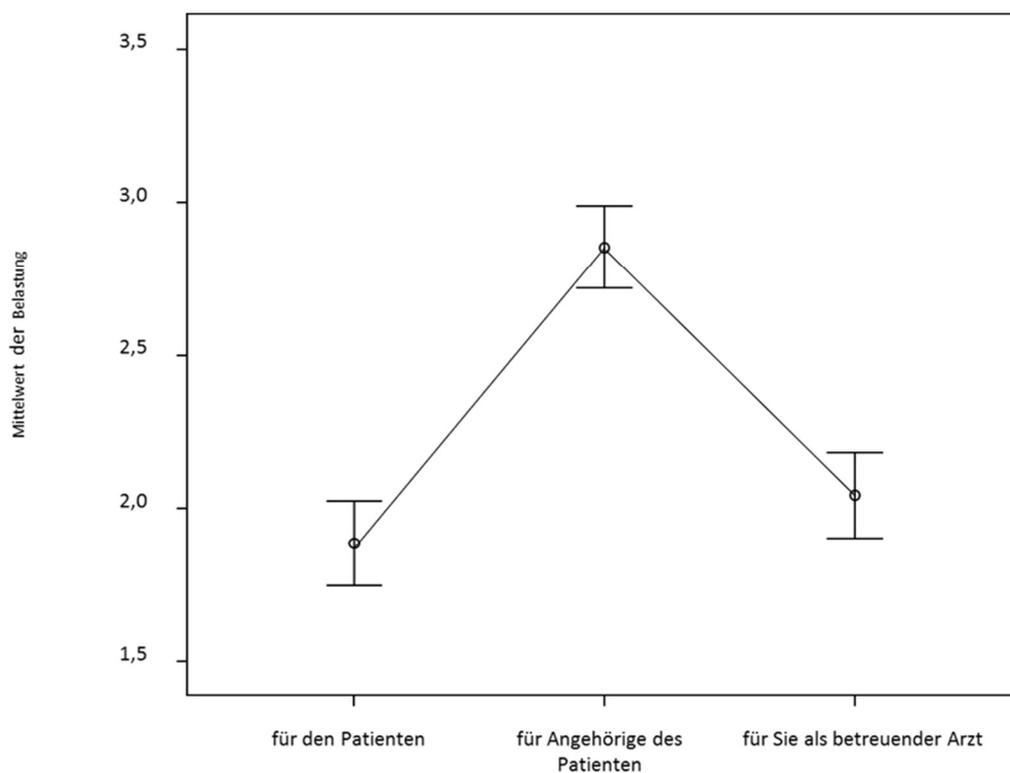


Abbildung 5: Einschätzung der Belastung der am FVNF beteiligten Personen ausgedrückt in Mittelwerten auf einer Skala von 1 = nicht belastend bis 4 = stark belastend

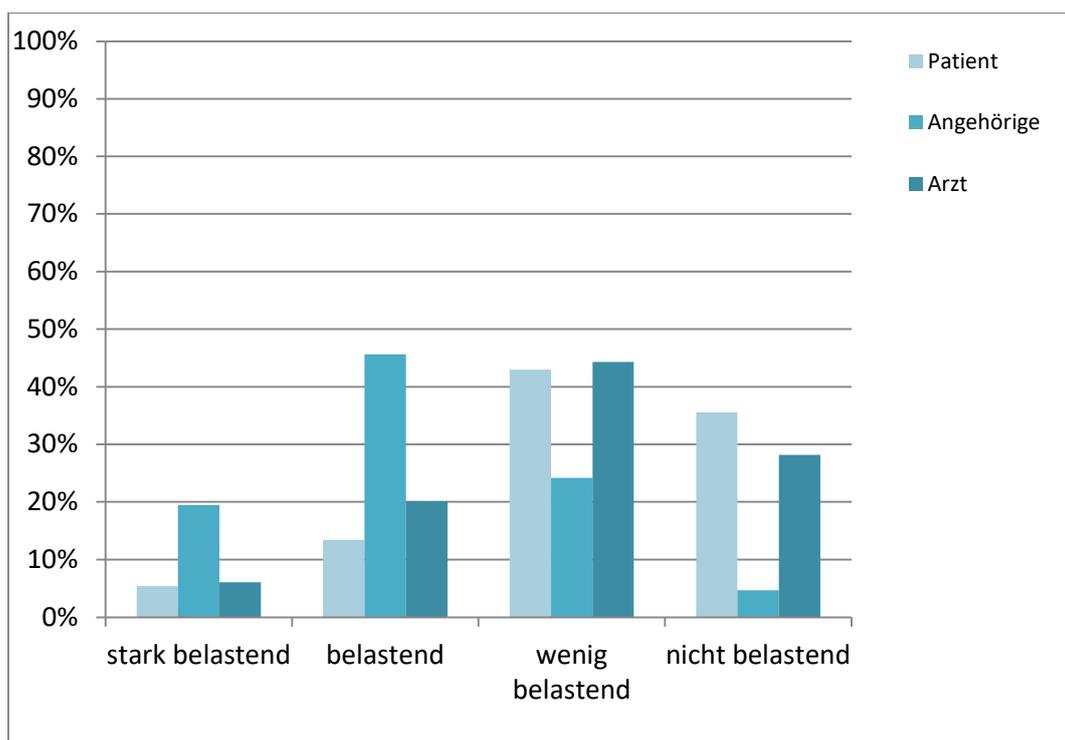


Abbildung 6: Frage 3.9: Wie belastend empfanden Sie den Verlauf für die beteiligten Personen? (N = 149)

3.5 Begrifflichkeiten

Obwohl sowohl in der deutsch- als auch in der englischsprachigen Literatur unterschiedliche Begriffe und Akronyme verwendet werden, bevorzugten die Teilnehmenden mit deutlicher Mehrheit (89 %) den Ausdruck „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“. Ein sehr geringer Teil der Befragten wählte „Sterbefasten“ (6 %) als geeignete Bezeichnung. 6 % der Befragten machte von der Möglichkeit Gebrauch, alternative Begriffe zu formulieren (N = 15). Innerhalb der vorgeschlagenen Formulierungen lassen sich zwei grobe Kategorien unterscheiden: Einerseits werden Begrifflichkeiten vorgeschlagen, die den Entschluss zum FVNF mit der Intention, das Leben vorzeitig zu beenden, unterstreichen („Bewusster Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ [Fragebogen 99, 197], „Selbstbestimmter Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ [Fragebogen 27], „Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit auch durch Verfügung des Betreuers und des Behandlungsteams sowie ggf. richterliche Entscheidung“ [Fragebogen 235] „protrahierter Suizid“ [Fragebogen 249]). Andererseits werden weichere, weniger konkrete Formulierungen bevorzugt, welche FVNF weniger als

bewusst getroffene Entscheidung und mehr natürlichen Prozess charakterisieren („Das Einstellen der Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende“ [Fragebogen 30, 106, 212, 141], „den natürlichen Krankheitsverlauf zulassen“ [Fragebogen 205], „Loslassen“ [Fragebogen 233], „den natürlichen Sterbeprozess zulassen“ [Fragebogen 148], „Abschiedsfasten“ [Fragebogen 141]).

3.6 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse zur Frage nach der Bewertung des FVNF sowie das ärztliche Handeln in diesem Kontext durch die Teilnehmenden dargelegt werden. Des Weiteren soll erläutert werden, welche Faktoren die Bewertung des FVNF durch die Teilnehmenden beeinflussen.

Dazu wurden den Teilnehmenden vier Patientenbeispiele präsentiert, welche sich in der zugrunde liegenden Erkrankung des Patienten, im Alter des vorgestellten Patienten sowie in der angenommenen Lebenserwartung des geschilderten Patienten unterschieden. Allen gemein war die bewusst getroffene Entscheidung eines einwilligungsfähigen Patienten zum FVNF in einem Erkrankungsstadium mit infauster Prognose oder eine als ausweglos wahrgenommene Situation.

Zu den vignetten-präsentierten Patienten wurden den Befragten sechs Aussagen (Items) zur Bewertung vorgelegt. Zur Auswertung wurden die sechs Aussagen zu einem Zustimmungsscore mit hoher interner Konsistenz (Cronbachs alpha = .873, SD = 0,61) von 1 = keine Zustimmung bis 4 = maximale Zustimmung gemittelt. Die negativ gepolten Items „Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen“ und „Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar“ wurden zur Skalenbildung des Zustimmungsscores invertiert („Ich würde mich in dieser Situation nicht vom Patienten instrumentalisiert fühlen“, „Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt für mich in der beschriebenen Situation keine Hilfe zur Selbsttötung dar“).

Die Bewertung des FVNF wurde in Abhängigkeit von Eigenschaften der vignetten-präsentierten Patienten und in Abhängigkeit von Eigenschaften der Befragten betrachtet.

Anschließend wurde mittels Clusteranalyse überprüft, wie sich die Zustimmung der Befragten im Bezug zur Zustimmung zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung verhält.

3.6.1 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von Eigenschaften des Patienten

Insgesamt fand der FVNF und die ärztliche Begleitung hierbei eine hohe Zustimmung durch die Teilnehmenden (Mittelwert des Zustimmungsscores über alle 4 Fallvignetten und 6 Items = 2,99 auf einer Skala von 1 = keine Zustimmung bis 4 = maximale Zustimmung). Das Ausmaß der Befürwortung variierte allerdings in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenbeispiel (Abbildung 7):

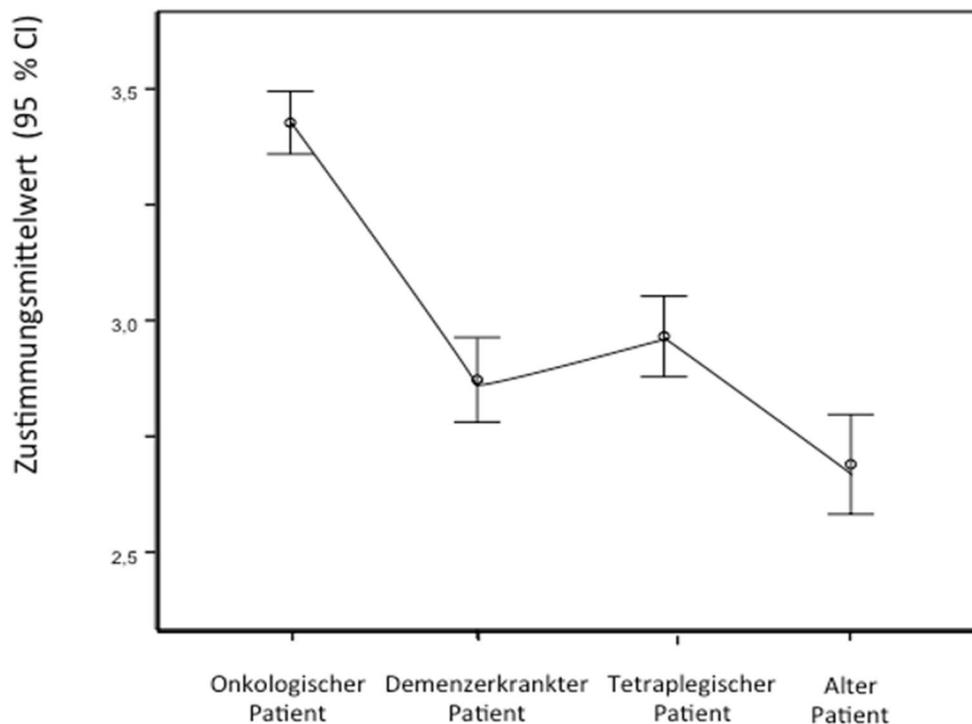


Abbildung 7: Befürwortung des FVNF durch die teilnehmenden Ärzte in Abhängigkeit von der Patientensituation (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung, $p = 0,001$, $N = 255$)

Der 55-jährige onkologische Patient (Patient 1, Frage 5.1) im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und mit einer angenommenen Lebenserwartung von unter einem halben Jahr erhielt die signifikant höchsten Zustimmungswerte (MW = 3,43 über alle sechs Items, Abbildung 7). Mit deutlicher Mehrheit hielten die Befragten seine Entscheidung zum FVNF für nachvollziehbar (MW = 3,27). Eine ärztliche Begleitung dieses Patienten wurde durch nahezu alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer als vereinbar mit dem ärztlichen Selbstverständnis beurteilt (MW = 3,52). Entsprechend war die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte selbst bereit, die Begleitung des onkologischen Patienten beim FVNF zu übernehmen (MW = 3,60). Die Aussage, der Patient habe ein Recht auf ärztliche Begleitung beim FVNF, fand breite Zustimmung unter den Befragten (MW = 3,67). Passend zu dieser unterstützenden Haltung verneint die Mehrheit der Teilnehmenden ein Gefühl der Instrumentalisierung durch den konkreten Patienten (MW = 3,32). Gleichermaßen eindeutig fällt die Bewertung des ärztlichen Handelns in diesem konkreten Fall aus: Die Mehrheit der Befragten hält eine Begleitung des Patienten mit einer onkologischen Grunderkrankung in fortgeschrittenem Stadium und begrenzter Lebenserwartung nicht für eine Hilfe zur Selbsttötung. Signifikant weniger deutliche Zustimmung findet der 70-jährige Patient, welcher an einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ leidet (MW = 2,88 über alle sechs Items, Abbildung 7). Etwa die Hälfte der Befragten kann seine Entscheidung zum FVNF nachvollziehen (MW = 2,69). Trotzdem aber wird eine Begleitung des Patienten als vereinbar mit dem ärztlichen Selbstverständnis (MW = 2,84) bewertet und wiederum waren die Teilnehmenden überwiegend bereit, den Patienten mit einer Demenzerkrankung selbst beim FVNF zu begleiten (MW = 2,96), wenn auch weniger als im Falle des onkologischen Patienten. Ein Gefühl der Instrumentalisierung wird mehrheitlich, jedoch weniger deutlich, verneint (MW = 2,80) und nur etwa die Hälfte der Befragten schätzt eine Begleitung dieses Patienten nicht als Hilfe zur Selbsttötung ein.

Mehr Zustimmung findet hingegen der 40-jährige Patient, welcher auf Grund einer hohen spinalen Läsion tetraplegisch ist (MW = 2,97 über alle sechs Items). Mehrheitlich sind hier die Teilnehmenden der Meinung, seine Entscheidung zum FVNF sei nachvollziehbar (MW = 3,05), eine Begleitung dieses Patienten sei mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar (MW = 3,00) und auch dieser Patient habe ein Recht auf ärztliche Begleitung beim FVNF (MW = 3,33). Auch wenn bei diesen drei Items die Zustimmung deutlicher ausfällt als beim

vorangegangenen, demenzerkrankten Patienten, ist die Bereitschaft zur Begleitung des tetraplegischen Patienten nicht höher (MW = 2,94). Stimmig dazu wird ein Gefühl der Instrumentalisierung zwar mehrheitlich verneint (MW = 2,88), aber nur knapp die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte bewerten eine Begleitung dieses Patienten nicht als Hilfe zur Selbsttötung (MW = 2,60).

Die im Vergleich zu Patient 1 und 3 signifikant niedrigsten Zustimmungswerte erhält der 85-jährige, alte Patient, welcher wiederholt äußert, er habe sein Leben gelebt und wolle seinen Tod durch FVNF vorziehen (MW = 2,69 über alle sechs Items). Kaum mehr als die Hälfte der Befragten konnte seine Entscheidung zum FVNF nachvollziehen (MW = 2,63), wäre bereit gewesen, diesen Patienten selbst beim FVNF zu begleiten (MW = 2,71) und sah eine Begleitung des Patienten als vereinbar mit dem ärztlichen Selbstverständnis an (MW = 2,72). Insbesondere schätzte weniger als die Hälfte der Befragten die Begleitung dieses Patienten nicht als Hilfe zur Selbsttötung ein (MW = 2,44).

Sortiert man die Zustimmungsmittelwerte zu den präsentierten Aussagen (Items) in absteigender Reihenfolge (Tabelle 6), fällt auf, dass die Aussage „Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ bei allen präsentierten Fallbeispielen die höchsten Mittelwerte erlangt (MW = 3,34 über alle vier Fallvignetten). Auch wenn die Bereitschaft, den jeweiligen Patienten selbst zu begleiten variierte, ist grundsätzlich die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte zu einer Begleitung in allen vier vorgestellten Fällen bereit (MW = 3,05), auch wenn der persönliche Nachvollziehbarkeit der Entscheidung weniger zugestimmt werden konnte (MW = 2,91). Eine solche Begleitung wurde in allen Fällen mehrheitlich als mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar angesehen (MW = 3,02). Für die Bereitschaft zur Begleitung schienen für die Teilnehmenden also persönliche Einstellungen wie Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Selbstverständnis und Nachvollziehbarkeit der Entscheidung eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Tabelle 6: Zustimmungsmittelwerte zu den vignetten-präsentierten Aussagen (N = 255),
1 = keine Zustimmung bis 4 = maximale Zustimmung¹⁸

Vignetten-präsentiere Aussagen in hinsichtlich Zustimmungsmittelwert absteigend sortierter Reihenfolge:	Onkologischer Patient	Demenz-erkrankter Patient	Tetraplegischer Patient	Alter Patient	Gesamt
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	3,67	3,29	3,33	3,08	3,34
Ich wäre selbst bereit , den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten	3,60	2,96	2,94	2,71	3,05
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar .	3,52	2,84	3,00	2,72	3,02
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar .	3,27	2,69	3,05	2,63	2,91
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten nicht instrumentalisiert fühlen. (umgepolt)	3,32	2,80	2,88	2,58	2,89
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt, in der beschriebenen Situation, keine Hilfe zur Selbsttötung dar . (umgepolt)	3,19	2,67	2,60	2,44	2,72
Zustimmungsmittelwert gesamt (α. 87)	3,43	2,88	2,97	2,69	2,99 (SD 0,61)

¹⁸ Tabelle entnommen aus: (Hoekstra et al. 2015): Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Umfrage (n = 255).

3.6.2 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von Eigenschaften der befragten Ärztinnen und Ärzte

Die Art der Weiterbildungsermächtigung (Palliativ- oder Allgemeinmedizin) hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Bewertung der Fallvignetten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es fiel jedoch auf, dass diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin besitzen, die Entscheidung zum FVNF in allen vier vorgestellten Fällen signifikant stärker befürworteten als teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ohne Zusatzweiterbildung ($p = 0,21$, Abbildung 8, Tabelle 7). Auch unterscheiden Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in der Stärke ihrer Befürwortung zum FVNF weniger zwischen den jeweiligen Patienten (Abbildung 8). Für Ärztinnen und Ärzte ohne eine Zusatzbezeichnung im Fach Palliativmedizin schien die konkrete Situation des Patienten für die Bewertung des FVNF eine größere Rolle zu spielen.

Weitere im Fragenbogen erhobene soziodemographische Daten der Teilnehmenden wie Alter, Religiosität oder Geschlecht hatten hingegen keine signifikante Auswirkung auf die Bewertung der Fallvignetten. Tendenziell befürworteten jedoch männliche Teilnehmende FVNF stärker als weibliche ($p = 0,069$). Zudem spielte für die befragten Ärztinnen die konkrete Situation des Patienten eine größere Rolle bei der Zustimmung zum FVNF (Interaktionseffekt Patient/Teilnehmendengeschlecht $p = 0,30$, Abbildung 9), das Ausmaß der Befürwortung variierte bei den befragten Ärztinnen stärker zwischen den präsentierten Patienten als bei den teilnehmenden Ärzten. Ähnlich verhielt es sich mit dem Alter der befragten Medizinerinnen und Mediziner: Zwar lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit des Alters der Teilnehmenden feststellen, die Ergebnisse zeigen aber, dass ältere Teilnehmende in ihrer Zustimmung zum FVNF signifikant weniger zwischen den präsentierten Patientenbeispielen unterscheiden (Interaktionseffekt Patient/Teilnehmendenalter $p = 0,001$). Insbesondere jüngere Teilnehmende (< 41 Jahre) befürworteten FVNF zwar eindeutig im Fall des onkologischen Patienten, verhielten sich aber deutlich zurückhaltender bzw. ablehnender im Fall der anderen vorgestellten Patienten (Abbildung 10).

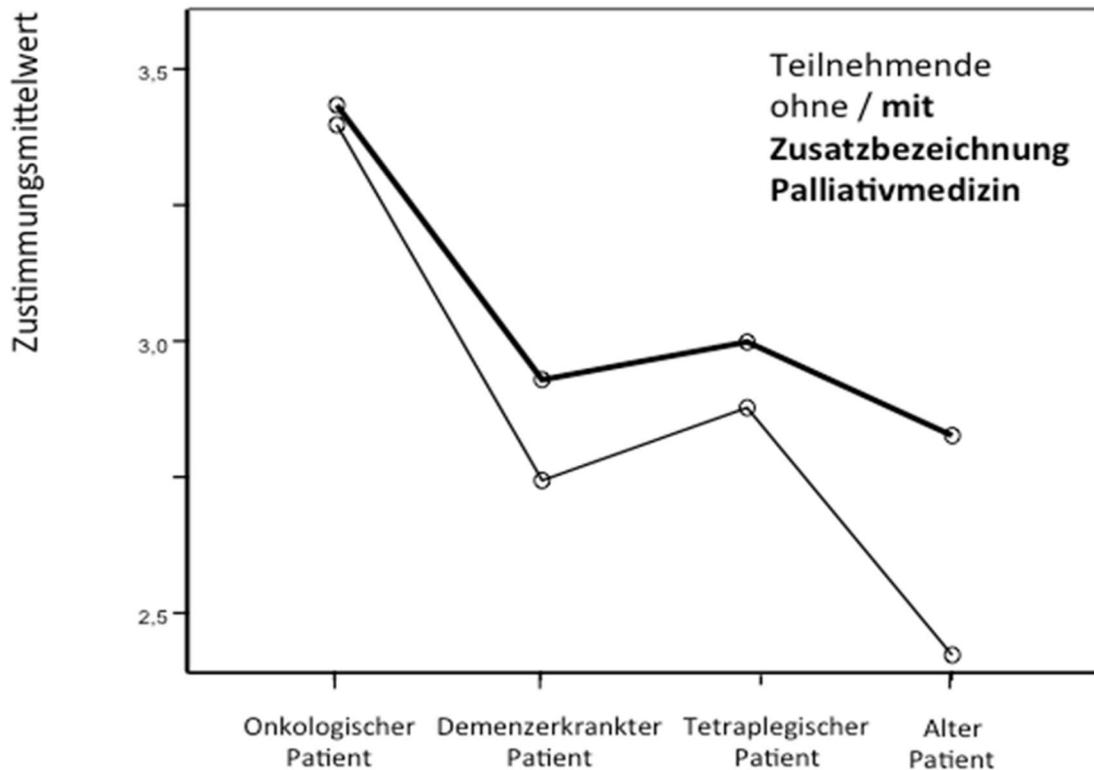


Abbildung 8: Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit der Patientensituation und Vorliegen der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung, $p = 0,21$, $N = 255$)

Tabelle 7: Einfluss der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin auf die Befürwortung des FVNF durch die Teilnehmenden (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung)

	Mittelwert auf Zustimmungsscore für Teilnehmende mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	Mittelwert auf Zustimmungsscore für Teilnehmende ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin
Onkologischer Patient	3,43	3,40
Demenzerkrankter Patient	2,93	2,74
Tetraplegischer Patient	3,00	2,88
Alter Patient	2,83	2,42

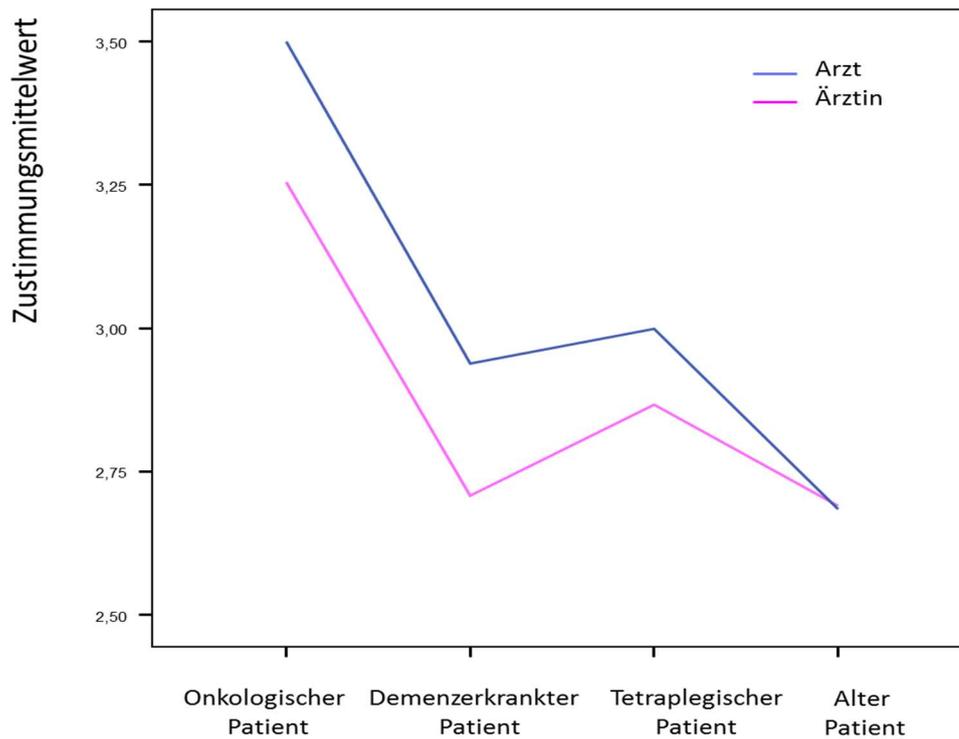


Abbildung 9: Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit des Geschlechtes der Teilnehmenden (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung, Interaktionseffekt Patient/Teilnehmendengeschlecht $p = 0,30$, $N = 255$)

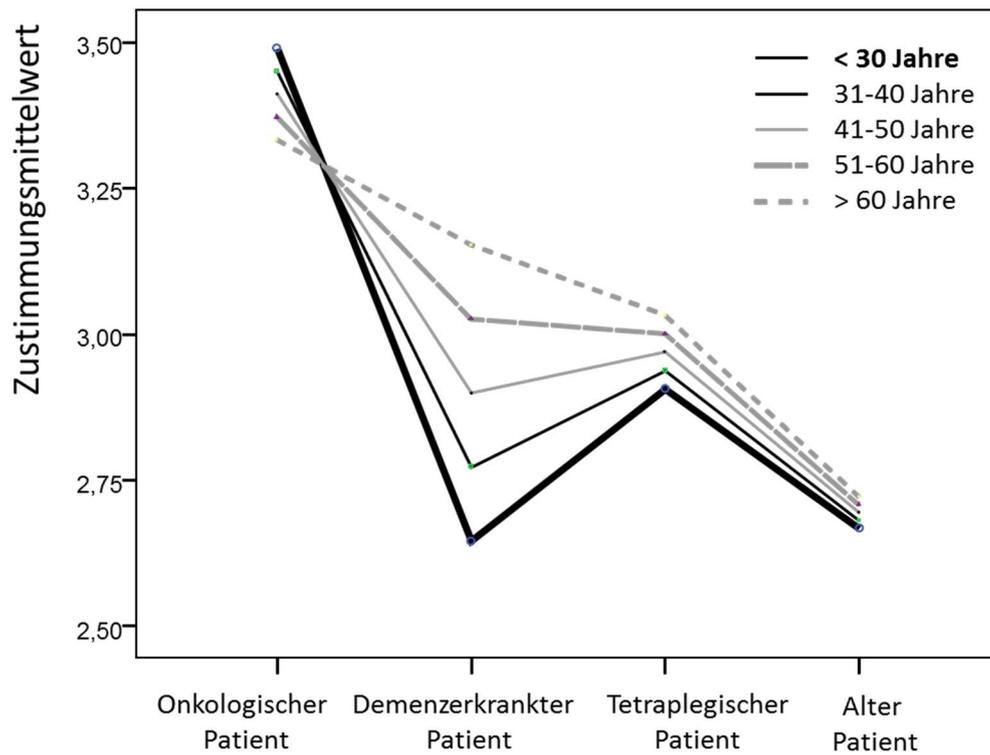


Abbildung 10: Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit der Patientensituation und des Alters der Teilnehmenden (Haupteffekt $p = 0,001$, Interaktionseffekt Patient/Teilnehmendenalter $p = 0,001$)

Neben der Art der beruflichen Qualifikation spielten auch die praktischen Erfahrungen der Teilnehmenden für die Bewertung der Fallvignetten eine Rolle. So lag der Zustimmungsmittelwert zu den geschilderten Patienten bei Teilnehmenden, die bereits Patienten beim FVNF betreut hatten, signifikant höher als bei Ärztinnen und Ärzten, die noch keine Erfahrung mit der ärztlichen Begleitung beim FVNF gesammelt hatten ($p = 0,040$, Abbildung 11).

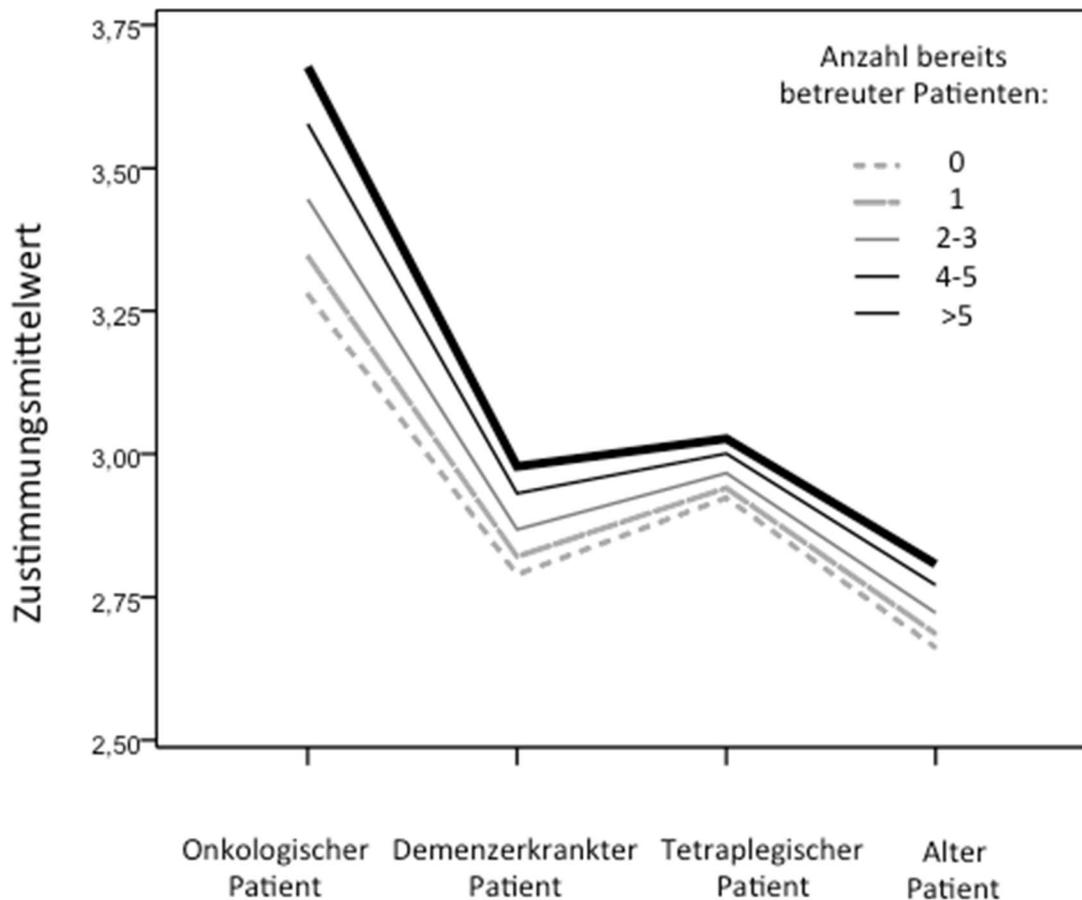


Abbildung 11: Zustimmung zum FVNF in Abhängigkeit von Patientensituation und der Anzahl der bereits betreuten Patienten durch die Teilnehmenden (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung, $p = 0,40$, $N = 255$)

3.7 Grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

Anhand von vier präsentierten Aussagen (vgl. 2.2.2) wurden die Teilnehmenden in Frage 6 zu ihrer persönlichen Einstellung gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung befragt. Zur Auswertung wurden diese Aussagen ebenfalls zu einem Zustimmungsscore mit hoher interner Konsistenz (Cronbachs alpha = .895, SD = 0,84) gemittelt (1 = keine Zustimmung bis 4 = maximale Zustimmung).

Der Zustimmungsmittelwert der Teilnehmenden zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung lag bei 2,31. Weniger als die Hälfte der Befragten stand einer ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung befürwortend gegenüber. Tendenziell ließ sich unter den Teilnehmenden mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (n = 165) eine starke Ablehnung der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung feststellen (p = 0,09).

Im Gegensatz zum FVNF war die Bewertung der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung mit der Religiosität der Teilnehmenden korreliert (schwach negativer Zusammenhang, r = -0,26).

3.8 Vergleich der Einstellung zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

Grundsätzlich fand die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung also weniger Zustimmung durch die Teilnehmenden als FVNF (Vergleich der Zustimmungsmittelwerte, Effektstärke d = .93). Zudem ist die Einstellung der Befragten gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung uneinheitlicher (SD = 0,84) als gegenüber dem FVNF. Die Abbildungen 12 und 13 sollen veranschaulichen dies veranschaulichen: Während die Mehrheit der Befragten Zustimmung zum FVNF äußert, ist die Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung polarisiert.

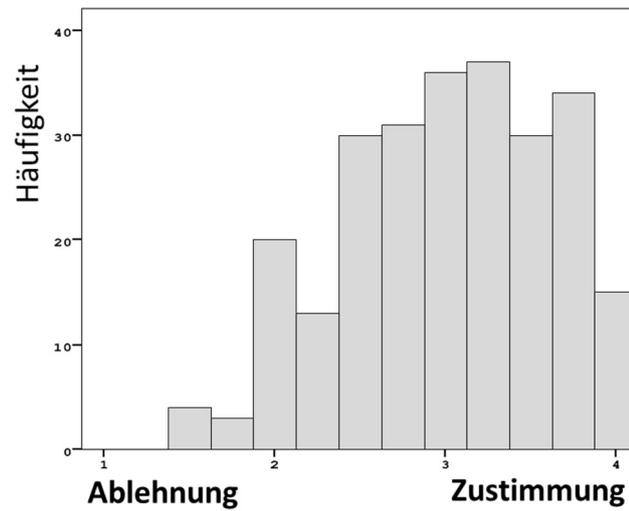


Abbildung 12: Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden zum FVNF (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung)

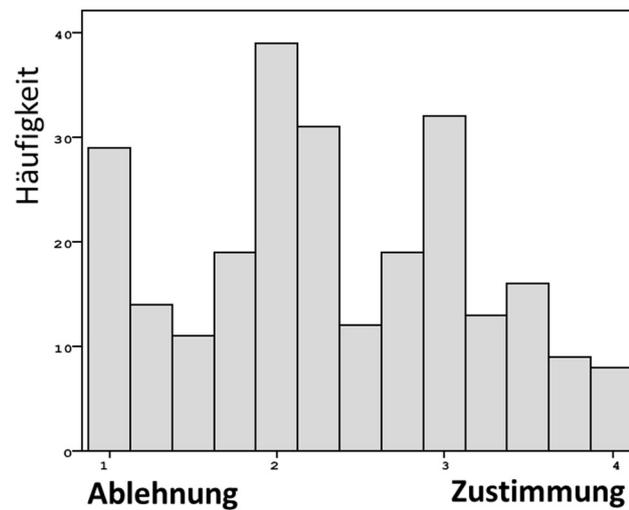


Abbildung 13: Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung)

3.9 Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in Abhängigkeit von der persönlichen Einstellung der Befragten gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

Während die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung durch die Befragten sehr unterschiedlich bewertet wurde, herrschte in der Befürwortung des FVNF unter den Teilnehmenden ein bemerkenswert breiter Konsens.

Die Befragung konnte jedoch zeigen, dass die grundsätzliche Einstellung gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung ebenfalls die Einstellung gegenüber dem FVNF beeinflusst: So stehen insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die eher eine befürwortende Haltung gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung vertraten, auch dem FVNF und der ärztlichen Begleitung hierbei deutlich befürwortender gegenüber (Abbildung 14). Außerdem unterscheiden Ärztinnen und Ärzte mit grundsätzlich befürwortender Haltung gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung auch im Ausmaß ihrer Befürwortung gegenüber dem FVNF weniger stark zwischen den präsentierten Patientenbeispielen (Interaktionseffekt Patient/grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung $p = 0,004$). Ähnlich der Gruppe der Teilnehmenden mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin schien für diese in der Bewertung des FVNF die konkrete Situation des Patienten weniger ausschlaggebend zu sein.

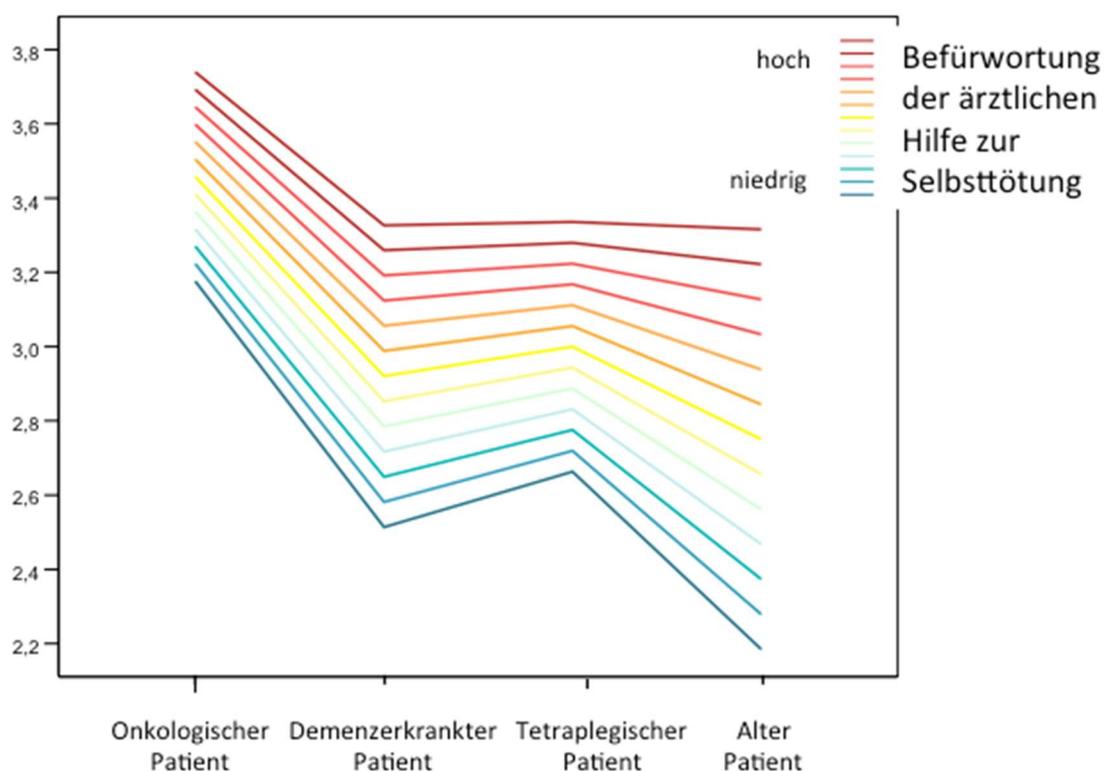


Abbildung 14: Befürwortung des FVNF in Abhängigkeit von der Patientensituation und der Befürwortung des ärztlich assistierten Suizids (1 = keine Zustimmung, 4 = maximale Zustimmung, $p = 0,001$, $N = 255$)¹⁹

Teilt man die befragten Ärztinnen und Ärzte nach ihrer persönlichen Einstellung gegenüber FVNF und ärztlicher Hilfe zur Selbsttötung am Skalenmittelpunkt auf ($< 2,5$ = Keine Zustimmung, $> 2,5$ = Zustimmung), so lassen sich drei Gruppen bilden (vgl. Abbildung 15): Die größte Gruppe (40 %, $N = 101$) unterstützte die dargelegte Position der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und sprach sich deutlich für eine Begleitung beim FVNF aber gegen die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung aus. Ein Drittel der Teilnehmenden (33 %, $N = 84$) befürwortete beide Handlungen. Die kleinste Gruppe (16 %, $N = 41$) sprach sich sowohl gegen den FVNF als auch gegen ärztliche Hilfe zur Selbsttötung aus. 11 % ($N = 29$) der befragten Ärztinnen und Ärzte wurden als unentschieden klassifiziert.

¹⁹ Abbildung entnommen aus (Hoekstra et al. 2015): Bewertung des freiwilligen Verzichtes auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer empirischen Umfrage ($n = 255$)

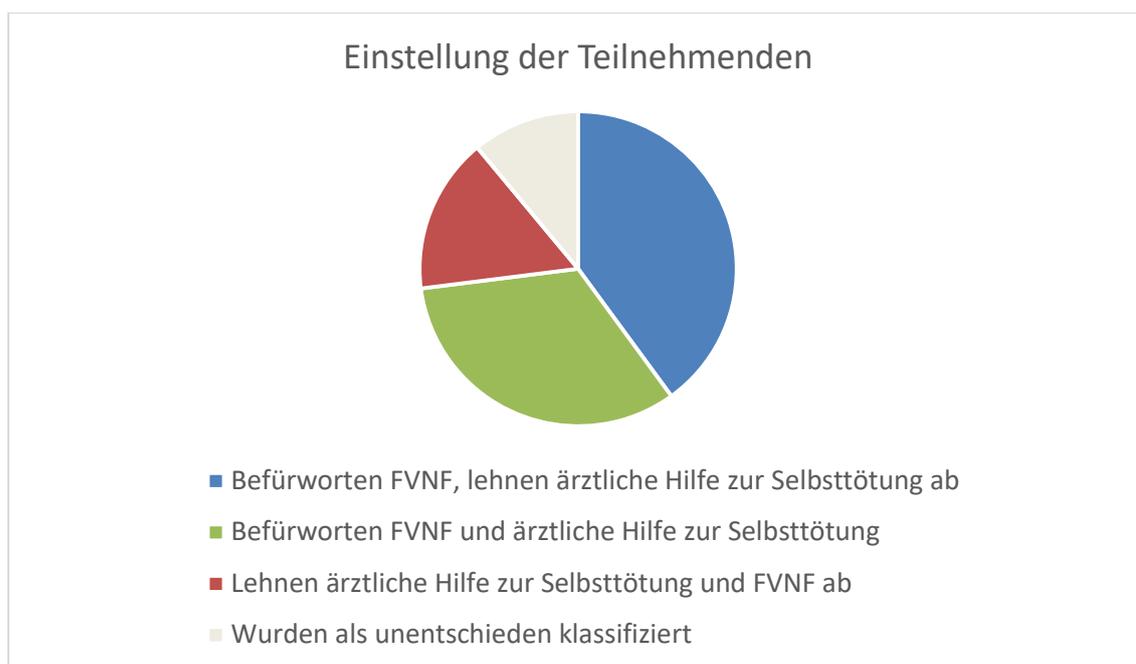


Abbildung 15: Verteilung der Einstellung der Teilnehmenden gegenüber FVNF und der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung

3.10 Zusammenfassung der Ergebnisse

Von insgesamt 714 verschickten Fragebögen kamen 255 ausgefüllt zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 36 %, wobei die Antwortquote bei den Teilnehmenden mit Weiterbildungsermächtigung Palliativmedizin mit 43 % signifikant höher war als unter den Teilnehmenden mit Weiterbildungsberechtigung Allgemeinmedizin. Die Teilnehmenden waren zu einem Drittel weiblich und zu zwei Dritteln männlich (32 % vs. 68 %). Entsprechend der gezogenen Stichprobe waren die Teilnehmenden mehrheitlich zwischen 41 und 60 Jahre alt (76 %) und besaßen fortgeschrittene Berufserfahrung, 67 % waren bereits mehr als 20 Jahre ärztlich tätig, 27,5 % zwischen 11 und 20 Jahre.

Die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte (49 %) war im Fach Allgemeinmedizin zur Weiterbildung ermächtigt, 58 % im Fach Palliativmedizin und 10 % in beiden Fächern. 60 % der Befragten waren im niedergelassenen Bereich tätig, 40 % betreuten hauptsächlich Patienten in stationären Einrichtungen. Jeweils ein Drittel der Befragten bezeichnete sich als schwach, mittel bzw. stark religiös.

Nahezu allen Teilnehmenden war die Thematik geläufig, 90 % der Befragten hatte sich mindestens ein wenig mit der Thematik auseinandergesetzt, über 50 % hatten sich bereits intensiv mit dem FVNF beschäftigt.

Ein großer Teil der Befragten (62 %) konnte bereits Erfahrungen mit der Begleitung von Patienten beim FVNF erwerben. Unter den geschilderten Patienten fand sich ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, meist handelte es sich um Patienten in fortgeschrittenem Lebensalter (65 % der Patienten waren älter als 70 Jahre), welche sich in häuslicher Umgebung (42 %) zum FVNF entschlossen. Häufig lag eine onkologische (60 %) oder neurologische (21 %) Grunderkrankung mit einer auf wenige Wochen (54 %) oder wenige Monate (28 %) begrenzten Lebenserwartung vor. FVNF wurde von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten als wenig belastend für den Patienten/die Patientin und sie als Betreuende wohl aber als deutlich belastend für die Angehörigen des Patienten wahrgenommen.

Insgesamt fand der FVNF und die ärztliche Begleitung hierbei eine breite Zustimmung unter den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, allerdings wurde das Ausmaß der Zustimmung durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Zum einen spielte die konkrete Situation des Patienten eine große Rolle: Bei Patienten mit schicksalsartigem Eintritt und Verlauf der Grunderkrankung, wie der präsentierte onkologische bzw. tetraplegische Patient, wird der FVNF deutlicher befürwortet als bei Patienten mit entwicklungstypischen Krankheiten wie der vorgestellte Demenz- bzw. alte Patient.

Zum anderen beeinflussen Eigenschaften der befragten Ärztinnen und Ärzte die Bewertung des FVNF. Ärztinnen und Ärzte, die bereits Erfahrungen in der Begleitung von Patienten beim FVNF gemacht haben, befürworteten diesen stärker. Außerdem fällt die Zustimmung zum FVNF bei denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die eine Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben hatten, deutlicher aus. Des Weiteren unterscheidet die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin weniger stark zwischen den präsentierten Patienten. Gleiches ließ sich bei männlichen Teilnehmenden und älteren Befragten beobachten.

Die Einstellung der Befragten zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung beeinflusste ebenfalls die Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit: Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die grundsätzlich einer Hilfe zur Selbsttötung gegenüber positiv eingestellt waren,

befürworteten FVNF deutlicher und unterschieden in der Stärke der Zustimmung weniger zwischen den präsentierten Patienten.

Teilt man die befragten Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellung zu Fragen am Lebensende ein, so lassen sich drei Positionen formulieren: 40 % der Befragten sprach sich für den FVNF aber gegen ärztliche Hilfe zur Selbsttötung aus. Ein Drittel (33 %) der Befragten befürwortete beide Handlungen. Die kleinste Gruppe sprach sich sowohl gegen den FVNF als auch gegen ärztliche Hilfe zur Selbsttötung aus (16 %). 11 % der befragten Ärztinnen und Ärzte waren der Fragestellung gegenüber indifferent und wurden als unentschieden klassifiziert.

4 Diskussion

Während der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bis vor wenigen Jahren in der medizinischen, medizinethischen und medizinrechtlichen Debatte kaum eine Rolle gespielt hat, hat die Thematik des FVNF vor allem vor dem Hintergrund der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid und des von 2015 bis 2020 geltenden § 217 StGB stark an (wissenschaftlicher) Aufmerksamkeit gewonnen. Da bislang keine eindeutige ethische und rechtliche Einordnung des FVNF stattfinden konnte und diesbezüglich von Medizinethikerinnen und Medizinethikern, Philosophinnen und Philosophen sowie Fachgesellschaften unterschiedliche Positionen bezogen werden, sollte mit Hilfe der vorgelegten Befragung und ihren Ergebnissen ein Eindruck gewonnen werden, wie palliativ- und allgemeinärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte FVNF und ihre Begleitung hierbei bewerten. Ziel der durchgeführten Studie konnte jedoch nicht sein, auf Grundlage der Ergebnisse eine abschließende moralische und ethische Bewertung innerhalb der bereits vorgestellten Kategorien zu erlangen.

In der bisherigen Debatte wurde außerdem lange davon ausgegangen, FVNF sei ein seltenes Randphänomen im klinischen Alltag der (palliativ-) medizinischen Patientenversorgung. Gleichzeitig wird FVNF als Alternative für Patienten zum ärztlich assistierten Suizid genannt. Ein weiteres Ziel der durchgeführten Befragung war daher zu überprüfen, ob FVNF in der klinischen Tätigkeit der Befragten eine Rolle spielt und welche Erfahrungen bei der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF bereits gemacht wurden.

Bei der hier vorgestellten Studie handelt es sich um die erste empirische Arbeit zu FVNF im deutschsprachigen Raum.

Im Rahmen der bundesweiten Studie wurden zur Weiterbildung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin und Palliativmedizin befragt. Die Rücklaufquote von 36 % lässt den Schluss zu, dass die Thematik auf Interesse bei den Befragten stieß. Dies gilt insbesondere für Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildung im Fach Palliativmedizin, deren Rücklaufquote (43 %) signifikant höher war als die der Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsermächtigung im Fach Allgemeinmedizin. In der Annahme, dass FVNF insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung mit infauster Prognose Anwendung findet, und daher insbesondere Palliativ- und Allgemeinmedizinerinnen und Mediziner mit einer solchen Situation konfrontiert sein könnten, wurde diese Ärztesgruppe als Stichprobe ausgewählt.

Die überwiegende Zahl der Befragten war männlich, zwischen 41 und 60 Jahre alt, besaß fortgeschrittene Berufserfahrung und war mit geringer Mehrheit im niedergelassenen Bereich tätig (vgl. Kapitel 3.1). Hinsichtlich der erworbenen Weiterbildungsermächtigung fand sich ein ausgeglichenes Verhältnis, ebenso bezüglich der Religiosität der Befragten. Aussagen über Ärztinnen und Ärzte mit einem Alter jünger als 30 Jahre oder mit einer Berufserfahrung von weniger als fünf Jahren sind hingegen nicht möglich.

Dies liegt sicherlich in der Wahl der Stichprobe begründet: Es war davon auszugehen, dass zur Weiterbildung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte bereits fortgeschrittene Berufserfahrung besitzen und aufgrund der Dauer der ärztlichen Ausbildung bereits älter als 30 Jahre sind.

In den folgenden Abschnitten sollen die in Kapitel 3 dargelegten Studienergebnisse diskutiert und mögliche Konsequenzen für die wissenschaftliche Debatte des FVNF und des ärztlichen Handelns in diesem Kontext erörtert werden.

4.1 Kenntnisstand der Thematik und bisherige Erfahrungen der Befragten

Mittels der durchgeführten Studie konnten eingangs gestellte Forschungsfragen nach der Bekanntheit der Thematik und den bisherigen Erfahrungen mit FVNF unter den Befragten beantwortet werden. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass etwa die Hälfte der Teilnehmenden (49 %) sich bereits eingehend mit der Thematik beschäftigt hatte, lediglich 7 % der Befragten war die Thematik gänzlich unbekannt. Dieses Ergebnis erstaunt vor dem Hintergrund, dass das Thema zum Zeitpunkt der Studie wissenschaftlich wenig präsent war und auch in einschlägigen und für die klinische Praxis wichtigen Publikationen wie etwa den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung keine Erwähnung findet oder, wie in den Reflexionen der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum ärztlich assistierten Suizid, nur am Rande diskutiert wird.

Es war nicht Ziel dieser Studie, die Häufigkeit von FVNF oder der Begleitung hierbei zu untersuchen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen aber, dass FVNF und die Begleitung hierbei für die Teilnehmenden keine seltene Ausnahme darstellen: Mehrheitlich waren die befragten Ärztinnen und Ärzte nicht nur von Patientinnen und Patienten auf die Thematik angesprochen worden oder hatten von sich aus mit der Patientin oder dem Patienten über diese Möglichkeit diskutiert, sondern die überwiegende Zahl der befragten Ärztinnen und Ärzte

(62 %) hatte in den letzten fünf Jahren bereits praktische Erfahrungen in der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF machen können, 21 % gaben an, in diesem Zeitraum mehr als fünf Patienten begleitet zu haben (vgl. Kapitel 3.3). Ein Vergleich mit empirischen Arbeiten aus dem Ausland zur Häufigkeit der Patientenbetreuung beim FVNF ist bei unterschiedlichem Studiendesign nur orientierend möglich. Dennoch kann man folgern, dass in Deutschland tätige Palliativmedizinerinnen und Palliativmediziner und Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte in ähnlicher Häufigkeit Erfahrungen mit FVNF und der Begleitung von Patienten während diesem gemacht haben wie ihre niederländischen Kollegen²⁰. Im Vergleich mit dem außereuropäischen Ausland anhand der vorgestellten Publikationen aus Oregon (USA) und Japan werden in Deutschland tätige Palliativ- und Allgemeinmediziner sogar häufiger mit FVNF konfrontiert als ihre ausländischen ärztlichen und pflegerisch tätigen Kolleginnen und Kollegen (Ganzini et al. 2003; Shinjo et al. 2017)²¹.

Die Ergebnisse der Studie zeigen ferner, dass Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin mehr Erfahrung in der Betreuung von Patientinnen und Patienten beim FVNF hatten. Dies überrascht nicht, bestätigt aber die Relevanz der Thematik in der palliativmedizinischen Patientenversorgung und gibt Anlass zu einer weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik. Wenn (palliativ-) medizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte nicht nur sporadisch, sondern regelmäßig mit FVNF und der Begleitung hierbei konfrontiert sind, kann FVNF bei der weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung nicht als Randphänomen gelten. Dies bedeutet aber auch, dass FVNF genauer untersucht werden muss und Empfehlungen zur Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF entwickelt werden sollten.

Bislang war nicht bekannt, ob und welche Patientinnen und Patienten in Deutschland von der Möglichkeit, das eigene Leben durch FVNF vorzeitig zu beenden, Gebrauch machen. Um einen Eindruck zur Relevanz in der klinischen Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu

²⁰ 46 % der von Bolt et al. (2015) befragten Hausärzte gaben an, Erfahrungen mit FVNF gemacht zu haben. 9 % der Befragten gaben an, diese im vorangegangenen Jahr gemacht zu haben.

²¹ „In Japan, 32 % of physicians surveyed replied that they had experience of caring for patients during VSED“ (vgl. (Shinjo et al. 2017) sowie „33 percent reported that in the previous four years they had cared for a patient who deliberately hastened death by voluntary refusal of food and fluids“ (Ganzini et al. 2003).

erhalten, konnten lediglich Daten aus dem Ausland herangezogen werden. Mit der durchgeführten Studie lässt sich nun erstmalig eine Aussage zu Erfahrungen von Weiterbildungsermächtigten im Fach Palliativ- und Allgemeinmedizin in Deutschland treffen. Nach deren Erfahrungen entschließen sich vor allem Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter und mit nach Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte begrenzter Lebenserwartung von wenigen Wochen zum FVNF. In vielen Fällen liegt eine onkologische oder neurologische Grunderkrankung vor. Dies entspricht der in der Literatur vorherrschenden Meinung, FVNF sei vorrangig eine Option für Patientinnen und Patienten mit inkurablern Leiden und in höherem Lebensalter und dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, dass Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin mehr praktische Erfahrung mit dem Thema haben. Hinsichtlich der Eigenschaften der Patientinnen und Patienten, die sich zum FVNF entschließen, bestätigen diese Ergebnisse erneut die Ergebnisse der vorgestellten Arbeiten aus den Niederlanden und der Schweiz, nach der sich vor allem Patientinnen und Patienten über 80 Jahre, die an einer ernsthaften Erkrankung leiden und eine angenommene Lebenserwartung von unter einem Jahr hatten, zum FVNF entschließen (Bolt et al. 2015; Stängle et al. 2019).

Der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten, der sich zum FVNF entschloss, befand sich in häuslicher Umgebung und weniger in Einrichtungen der stationären Patientenversorgung oder in Pflegeeinrichtungen. Gründe dafür könnten die bislang geringe Präsenz der Thematik in der Wissenschaft, der fehlende Austausch von praktischen Erfahrungen, eine unklare moralische und rechtliche Bewertung sowie das Fehlen konkreter praktischer Hinweise zur Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF sein. Sicherlich resultiert daraus in betreffenden Fällen große Unsicherheit beim betreuenden Personal – die Vermutung liegt nahe, dass FVNF in diesem Kontext nur gegen erhebliche institutionelle Widerstände realisierbar ist und von dem betreffenden Patienten mit großer Vehemenz eingefordert werden muss. Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich die Patientinnen und Patienten zum FVNF entschieden haben, um den Wunsch, zu Hause sterben zu können, zu realisieren.

Laut einer Studie des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V. liegt die mittlere Verweildauer einer Patientin bzw. eines Patienten in einer stationären Hospizeinrichtung bei lediglich 20 Tagen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. 2009). Hiermit ist wohl zu erklären, dass sich in nur 6 % der in der Studie geschilderten Patientinnen und Patienten

zum FVNF in einem Hospiz entschloss. In der Regel wird die oben aufgeführte durchschnittliche Verweildauer nicht ausreichend sein, um die Entscheidung zum FVNF zu treffen und diesen durchzuführen.

In knapp einem Drittel der von den Ärztinnen und Ärzten geschilderten Fälle, in denen sich eine Patientin oder ein Patient zum FVNF entschloss, wurde eine ethische Fallbesprechung durchgeführt. Dies bestätigt zunächst die Vermutung, dass die Bewertung des FVNF nicht unstrittig und die Situation für mindestens eine Person problematisch gewesen ist. Möglicherweise ist dies auch ein Ausdruck für die angenommene Konfliktsituation, die sich für einen begleitenden Arzt/Ärztin oder um die Begleitung gebetenen Arzt oder Ärztin ergeben kann.

Die vorhandene Literatur zeichnet ein überwiegend positives Bild des Sterbens durch FVNF (Kapitel 1.2.2). Auch von den Befragten wird FVNF weder als leidvoll noch als belastend für den Patienten wahrgenommen. Für die Angehörigen hingegen wurde FVNF von den Befragten als sehr belastend wahrgenommen, ein Erklärungsansatz hierfür könnte die vergleichsweise lange und ungewisse Zeit bis zum Versterben der Patienten sein, dies wurde jedoch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht differenzierter abgefragt und könnte eine Fragestellung für weitere Forschungsarbeiten darstellen.

4.2 Bewertung der Thematik

Wie einführend in dieser Arbeit dargestellt, liegen in der bisherigen wissenschaftlichen Debatte zur ethischen und rechtlichen Einordnung des FVNF und zur Begleitung hierbei unterschiedliche und zum Teil konträre Einschätzungen vor.

Wie FVNF von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland bewertet wird, wurde bislang nicht untersucht. Mittels der durchgeführten Studie lässt sich nicht die komplexe normative Fragestellung beantworten, wie FVNF nach Meinung der Befragten ethisch und rechtlich einzuordnen ist. Es kann aber anhand der Ergebnisse beantwortet werden, wie palliativ- und allgemeinmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte FVNF und ihr ärztliches Handeln in diesem Kontext bewerten.

Die Bewertung des FVNF durch die Befragten wurde anhand von vier Fallvignetten abgefragt. Übereinstimmend mit der Definition des FVNF entschied sich in allen vier Fällen ein einwilligungsfähiger Patient zum FVNF. Entsprechend der bislang erarbeiteten Gründe und

Motive für den Entschluss eines Patienten zum FVNF (vgl. Kapitel 1.2.2.2) wurden vier fiktive Patientenbeispiele konstruiert, gemein ist ihnen eine Grunderkrankung mit infauster Prognose beziehungsweise eine bedeutende körperliche Einschränkung oder Situation ohne Aussicht auf Besserung.

Die Ergebnisse der vorgelegten Studie zeigen, dass FVNF grundsätzlich von den befragten Ärztinnen und Ärzten befürwortet wird. Das Ausmaß der Zustimmung variiert jedoch in Abhängigkeit von Eigenschaften der Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte (vgl. Kapitel 3.6). Dies legt nahe, dass eine pauschale Beantwortung der Frage nach der ethischen und rechtlichen Befürwortung nicht ohne weiteres möglich ist, sondern FVNF und das ärztliche Handeln hierbei kontextbezogen und im Einzelfall bewertet wird (Simon 2018).

Am deutlichsten drückt dies die Auswertung der Antworten zu den Patienten 1 (Onkologischer Patient) und 4 (alter, lebenssatter Patient) aus: Während die Entscheidung des onkologischen Patienten zum FVNF bei den allermeisten Ärztinnen und Ärzten auf Zustimmung stieß und in diesem Fall eine ärztliche Begleitung nicht als Hilfe zur Selbsttötung eingeschätzt wurde, erhielt der alte, lebenssatte Patient deutlich niedrigere Zustimmungswerte, sowohl, was die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung als auch die Bereitschaft zur Begleitung beim FVNF ergab. Darüber hinaus waren mehr als die Hälfte der Teilnehmenden der Meinung, dass eine ärztliche Begleitung des alten, lebenssatten Patienten beim FVNF eine Hilfe zur Selbsttötung darstellt.

Es scheint daher innerhalb der grundsätzlichen Befürwortung des FVNF unterschiedliche Gründe für die Zustimmung unter den Befragten zu geben. Für die einen ist die bewusst getroffene Entscheidung eines Patienten zum FVNF angesichts einer Grunderkrankung mit infauster Prognose hinreichend für eine Befürwortung und Bereitschaft zur medizinischen Begleitung. Die anderen unterscheiden stärker zwischen der konkreten Situation des Patienten: schicksalhafte Verläufe wie eine onkologische Erkrankung oder eine Querschnittslähmung in jungem Lebensalter geben Ausschlag für eine stärkere Befürwortung der Entscheidung zum FVNF und gleichzeitig auch eine größere Bereitschaft, den Patienten beim FVNF zu begleiten.

Ferner zeigte sich, dass die Befürwortung des FVNF und der Begleitung hierzu von den bisherigen Erfahrungen abhängt: Ärztinnen und Ärzte, die bereits Erfahrungen in der Begleitung von Patienten beim FVNF sammeln konnten, befürworteten diesen signifikant höher, als diejenigen, die noch keine Erfahrung in diesem Bereich hatten. Dies lässt darauf schließen, dass die Erfahrungen mit FVNF – sofern sie vorlagen – überwiegend positiv gewesen sein dürften. Unsicherheiten oder ablehnendes Verhalten aus mangelnder Erfahrung kann mit einer weiteren Bearbeitung des Themas entgegengewirkt werden. Wie in den Niederlanden bereits geschehen, könnten auf Grundlage der bisherigen Forschung praktische Empfehlungen zur Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF erarbeitet werden.

Insbesondere jüngere Teilnehmende befürworteten FVNF im Fall des onkologischen Patienten deutlich und äußern sich zurückhaltender im Fall des alten lebenssatten Patienten. Ältere Teilnehmende unterscheiden im Ausmaß der Befürwortung weniger zwischen den vignetten-präsentierten Patienten als jüngere Teilnehmende. Beides mag in der Möglichkeit der persönlichen Identifikation liegen, kann zum anderen aber auch durch die längere Berufserfahrung begründet sein.

4.2.1 Bewertung in Abhängigkeit von grundsätzlicher Einstellung gegenüber ärztlich assistiertem Suizid

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wird FVNF oft im Vergleich mit der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung diskutiert, wobei das Spektrum der Einschätzung des FVNF von einer Alternative zum (De Lima et al. 2017; Nauck et al. 2014; Radbruch et al. 2016) bis hin zu einer Form des ärztlich assistierten Suizids reicht (Jox et al. 2017).

Im Rahmen der Befragung wurde daher die grundsätzliche Einstellung der Teilnehmenden zur ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung ermittelt: Weniger als die Hälfte der Befragten befürwortet ärztlich assistierten Suizid.

Teilnehmende, die der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung gegenüber eher befürwortend eingestellt waren, befürworteten in der Regel auch den FVNF. Diese Gruppe macht nahezu ein Drittel der Befragten (32 %) aus. Auch die individuelle Situation des Patienten spielte für ihre Bewertung eine nicht so entscheidende Rolle. Für diese Gruppe dürfte die ethische

Einordnung des FVNF weniger relevant sein: Wenn eine ärztliche Hilfe zum Suizid nicht abgelehnt wird, wird eine Begleitung des Patienten beim FVNF, unabhängig, ob als Begleitung eines Sterbenden oder als ärztlich assistiertem Suizid empfunden, von dieser Gruppe der Befragten befürwortet. Dass diese Teilnehmenden individuelle Faktoren der fiktiven Patientenbeispiele weniger in ihre Bewertung mit einbeziehen liegt wohl darin begründet, dass mit Blick auf die ethische Bewertung weniger die persönlichen Gründe und Motive des Patienten eine Rolle spielen, als der Umstand, dass der Entschluss des Patienten zum FVNF auf einer autonom getroffenen Entscheidung basiert.

Demgegenüber steht die größte Gruppe der Befragten, die dem FVNF befürwortend und der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung ablehnend gegenüberstand. Innerhalb dieser Gruppe variierte das Ausmaß der Befürwortung des FVNF im Fall der vorgestellten Patientenbeispiele stärker. Für diese Gruppe der Teilnehmenden hängt die Bewertung des FVNF nicht nur davon ab, ob die Entscheidung hierzu vom Patienten autonom getroffen wurde. Für sie spielen auch die Umstände der Entscheidung und die subjektiv wahrgenommene Nähe der Entscheidung des Patienten zum Suizid eine wichtige Rolle. Ein FVNF angesichts eines schicksalhaften Verlaufs, wie zum Beispiel eine onkologische Erkrankung mit sehr geringer verbleibender Lebenserwartung oder eine Querschnittslähmung mit starker Einschränkung der Lebensqualität, wird nicht als Suizid wahrgenommen und erfährt deshalb eine stärkere Befürwortung des FVNF. Ein FVNF angesichts einer dementiellen Erkrankung oder hohen Alters hingegen werden eher in der Nähe eines Suizids gesehen und finden daher eine deutlich geringere Zustimmung.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin lehnt laut einer 2015 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Stellungnahme eine ärztliche Mitwirkung am Suizid eines Patienten klar ab (Nauck et al. 2014), FVNF wird als mögliche Alternative in Einzelfällen befürwortet. Mit dem im Herbst 2019 erschienen Positionspapier der DGP ist zwar eine offizielle Stellungnahme zur ethischen Einordnung des FVNF erfolgt, es bleibt aber fraglich, ob die darin vorgenommene Abgrenzung des FVNF gegenüber einer suizidalen Handlung differenziert genug erfolgt ist. Denn auch wenn die Position der DGP letztlich von der Mehrheit der Befragten geteilt wird, können die Ergebnisse zeigen, dass es Konstellationen gibt, unter denen FVNF nicht oder nur schwer von einer suizidalen Handlung abzugrenzen ist.

Die kleinste Gruppe der Befragten lehnt sowohl eine ärztliche Hilfe zur Selbsttötung als auch FVNF als mögliche Alternative ab. Möglich ist, dass diese Gruppe der Teilnehmenden

FVNF als ärztlich assistierten Suizid einordnet und ihm deshalb ablehnend gegenübersteht. Vorstellbar wäre auch, dass diese Gruppe der Befragten grundsätzlich dem FVNF ablehnend gegenübersteht und möglicherweise auf Grund fehlender Vorkenntnisse, durch negative eigene Erfahrungen oder Erfahrungsberichte FVNF als qualvolles „Verhungern und Verdursten“ bewertet (Müller-Jung 2012).

4.3 Limitationen

Im Anschluss an die Diskussion der Ergebnisse sollen nun Limitationen der durchgeführten Studie diskutiert werden.

Da die Wahl der Stichprobe auf zur Weiterbildung ermächtigte Ärztinnen und Ärzte fiel, wurden hauptsächlich Ärztinnen und Ärzte mit fortgeschrittener Berufserfahrung befragt. Dementsprechend waren sie in ihrem beruflichen Leben bereits häufiger mit der Begleitung Sterbender oder der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit infauster Prognose konfrontiert als jüngere und unerfahrenere Kolleginnen und Kollegen. Es wäre denkbar, dass daher der Anteil unter den Befragten, welche sich bereits mit der Thematik auseinandergesetzt haben, groß ist.

Den Teilnehmenden wurde im Fragebogen keine Definition des FVNF vorgelegt. Es könnte deshalb sein, dass insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die weniger Erfahrung mit dem Thema hatten, bei ihren Antworten auch andere Formen des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (z. B. Beenden einer künstlichen Ernährung, reduzierte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei sterbenden Patientinnen und Patienten) vor Augen hatten.

Aus Gründen der Durchführbarkeit der Studie wurde die Schilderung der vignetten-präsentierten Patienten kurzgehalten. Merkmale über Erkrankungsdauer, persönliche Umstände des Patienten, bisherige palliativmedizinische Begleitung oder Symptommanagement wurden nicht ausgeführt. Es könnte deshalb sein, dass sich für die Befragten bei der Beantwortung der Fragen Interpretationsspielraum bot.

Es konnte gezeigt werden, dass die Position gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung der Befragten ihre Einstellung zum FVNF beeinflusst. Die grundsätzliche Einstellung der Befragten zum ärztlich assistierten Suizid wurde in der durchgeführten Befragung sicherlich sehr knapp abgefragt.

Ziel der durchgeführten Befragung war jedoch nicht, zu erfassen, wie zur Weiterbildung ermächtigte Palliativ- und Allgemeinmedizinerinnen und Mediziner differenziert gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung eingestellt sind, es sollte lediglich zur Analyse von Einflussfaktoren auf die Bewertung des FVNF ein orientierender Eindruck gewonnen werden, wie die Befragten gegenüber der ärztlichen Hilfe zur Selbsttötung eingestellt sind.

4.4 Schlussfolgerungen

In der bisherigen Debatte ging man zumeist davon aus, dass FVNF eine absolute Ausnahmerecheinung darstellt, über die Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall individuell zu entscheiden haben. Die Ergebnisse der vorgelegten Untersuchung deuten darauf hin, dass Palliativ- und Allgemeinmedizinerinnen und Mediziner regelmäßiger damit konfrontiert werden als angenommen. Die vorgestellten empirischen Arbeiten aus der Schweiz und den Niederlanden bestätigen dies ebenfalls. Daraus folgt zum einen, dass FVNF genauer untersucht werden sollte. Zum anderen kann dies bedeuten, dass vielleicht doch Richtlinien zur ärztlichen Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF entwickelt werden sollten.

Sowohl die IAHPG als auch die EAPC sehen FVNF als eine Alternative zu dem von ihnen abgelehnten ärztlich assistierten Suizid (De Lima et al. 2017; Nauck et al. 2014; Radbruch et al. 2016). Die DGP möchte FVNF als Handlung *sui generis* verstanden wissen (Radbruch et al. 2019). Die Ergebnisse der vorgestellten Studie können aber zeigen, dass zur Bewertung des FVNF meist mehrere Faktoren eine Rolle spielen und unter bestimmten Fallkonstellationen sowohl die Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten zum FVNF als suizidale Handlung wahrgenommen werden kann als auch ihre ärztliche Begleitung dabei als Hilfe zur Selbsttötung empfunden werden kann. Bei den Ärztinnen und Ärzten, die einer Suizidbeihilfe ablehnend gegenüberstehen, führt dies dazu, dass die Bereitschaft, die Patientin bzw. den Patienten in solch einer Situation zu begleiten, deutlich sinkt. Dies ist ein klarer Hinweis darauf, dass eine pauschale Einschätzung, wie sie seitens der DGP und anderen Fachgesellschaften durchgeführt wird, vereinfachend ist und die Frage, wann FVNF als Suizid und die Begleitung hierbei als Suizidbeihilfe anzusehen ist, noch differenzierter zu betrachten und noch genauer zu untersuchen ist.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wird als Möglichkeit diskutiert, das eigene Leben zum Beispiel aufgrund einer Erkrankung mit infauster Prognose vorzeitig und selbstbestimmt zu beenden. Während das Thema lange Zeit kaum wissenschaftliche Aufmerksamkeit erlangt hat, wurde FVNF insbesondere vor dem Hintergrund der 2015 erfolgten Gesetzesänderung als Alternative zum ärztlich assistierten Suizid diskutiert. Trotzdem ist FVNF bislang nur wenig untersucht; so ist unklar, wie häufig sich Patientinnen und Patienten in Deutschland zu FVNF entscheiden und welche Erfahrungen bislang mit der Begleitung von Patienten beim FVNF gemacht wurden. Zwar ist die ethische und rechtliche Einordnung des FVNF ein wichtiges und viel bearbeitetes Thema der aktuellen Forschung, dennoch ist bislang unklar, wie FVNF und das ärztliche Handeln hierbei ethisch und moralisch bewertet werden sollten.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit entstandene Studie stellt eine der wenigen empirischen Arbeiten zur Thematik des FVNF insgesamt dar und war die erste im deutschsprachigen Raum.

Durch die in vorangegangenen Kapiteln geschilderten und diskutierten Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass FVNF in der palliativmedizinischen Patientenversorgung kein unbedeutendes Thema darstellt. Nahezu die Hälfte der Befragten hatte sich bereits eingehend mit der Thematik beschäftigt und mehrheitlich hatten die Teilnehmenden bereits praktische Erfahrung in der Begleitung von Patientinnen und Patienten beim FVNF gemacht.

Zusätzlich erlaubt die Befragung Aussagen über die Bewertung des FVNF durch palliativ- und allgemeinärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Zwar wird FVNF von den Teilnehmenden mehrheitlich befürwortet, jedoch wird das Ausmaß der Zustimmung zum einen durch die konkrete Situation des Patienten und zum anderen durch Eigenschaften der Befragten beeinflusst. Daraus folgt, dass FVNF kontextbezogen bewertet wird und nicht pauschal eingeordnet werden kann.

Mit Hilfe der Befragung konnte nicht die komplexe normative Fragestellung beantwortet werden, wie FVNF und das ärztliche Handeln hierbei ethisch und rechtlich zu bewerten ist. Dies war aber auch nicht Zielsetzung der Arbeit. Die Ergebnisse der Befragung können aber für die weitere wissenschaftliche Debatte wichtige Ansatzpunkte bieten: Zum einen zeigen die Ergebnisse, dass FVNF nicht als seltene Randerscheinung in der Patientenversorgung

kategorisiert werden kann, sondern weitere wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfordert. Ein weiterer Schritt könnte die Entwicklung von Leitlinien oder praktischen Empfehlungen für die Begleitung von Patienten beim FVNF sein.

Zum anderen konnte gezeigt werden, dass eine kategoriale Einordnung des FVNF und des ärztlichen Handelns hierbei als Alternative zur Suizidhilfe nicht ausreichend und vereinfachend scheint. Soll FVNF als diese Alternative gelten, muss von Seiten der deutschen Fachgesellschaft für Palliativmedizin die Bewertung des FVNF als Handlung *sui generis* noch stärker argumentativ belegt werden und eine deutlichere Abgrenzung des FVNF von einer suicidalen Handlung erfolgen.

6 Anhang

Tabelle A1: Kommentarerfassung

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
1	121	Anmerkung zu 1 auf Rückseite des FB: „ca 1500 PKD-Sterbefälle betreut, Flüssigkeitsreduktion zum Lebensende nahezu standardmäßig, als aktiver Ansatz zur Beschleunigung nur 1x erlebt, Ich halte das Thema für eher selten diskutiert.“
2.2	85	„Ich habe nicht darauf hingewiesen, die Patientin kam auf mich zu!“
	117	Niemals erwähnt: „Aber immer Aufklären mit Essen und Trinken am Ende des Lebens“
2.3	27	„Blöde Frage, viele präfinale Patienten können kaum noch Essen und nur wenig trinken“
	120	Nein.: „Gilt nicht für Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (auch parenteral) in präfinalen Situationen“
3	141	Letzter Fall: „In der Familie“
3.4	52	3.4.4 „mit PEG“
	81	„keine sichere Aussage möglich“
3.5	20	„SAPV im Verlauf“, „Palliativstation“
3.6	47	„Laut Patientenverfügung“
	106	„Pat. war schwer krank, abdominelle Problematik, einschließlich wenig Appetit durch Grunderkrankung, der Verzicht wurde nicht „an sich“ thematisiert“
	117	„Verlauf der Erkrankung, Schlucken ist schwierig, kein Hunger“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
	118	„wünschte letztlich Abbruch Ernährungszufuhr über PEG = Therapiebeendigung“
	206	Patient konnte nicht mehr Essen und hat offen v.a. gegenüber den Angehörigen einen Verzicht ausgesprochen. Auch mit dem Ziel, nicht mehr zum Essen gedrängt zu werden“
	251	Antwort: Arzt. „Angebot als selbstbestimmte Alternative bei ausgeprägtem Suizidwunsch.“
3.7	17	„Psychologe“
	35	„Pat. Wurde auf unserer Palliativstation psychologisch begleitet“
	38	„Psychoonkologe“
	63	„Psychologe, kein Psychiater“
	118	„Psychologische Mitbehandlung im häuslichen Umfeld“
	150	„Psychologe“
	170	„aber Psychologe (Palliativstation)“
	251	„Pat. hatte keine psychische Erkrankung“
3.8	20	„Intern“
	85	„Mit dem Pflegepersonal“
	117	„nicht extra dazu. Wir haben es, wie vieles andere, mit Familie und Hausarzt besprochen und als der Situation adäquat empfunden“
	118	„Vorstellung in palliativmedizinischer Fallbesprechung, Gespräch mit allen Beteiligten“
	150	„Im Team“
3.8	170	„Palliativstation, wiederholte Fallbesprechungen“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
	179	Nein.: „aber Angehörigen und Teambesprechung, Patient war orientiert“
	185	Ja. „Mit Ehemann und Betreuungsperson und kirchlichem Umfeld“
	250	Keine Angabe: „Teambesprechung“
	251	Nein. „Aber Besprechung im Team und mit den Angehörigen“
3.9	50	„Pflegepersonal sehr stark belastet“
	85	„Ich habe starken Widerstand geleistet, Nur wegen des sehr hohen Alters der Patientin (93) und langjähriger Arzt-Patienten-Beziehung habe ich den Fall nicht abgegeben“
	117	„Patientin lebt gerade noch. Die jetzige Situation ist nicht durch Essen/Trinken belastet bzw. bestimmt, sondern durch den rasch wachsenden Tumor“
	135	„Nicht zu beantworten. Pat. Verstarb im Hospiz und damit nicht beim Beantworter.“
	165	Belastung für den Patienten: „Nicht beurteilbar“
	191	„Pflegepersonal stark belastet“
	227	„von Patientin nach 4 Tagen abgebrochen“
4	37	„In keinem Fall Bezeichnung als Selbsttötung, da jederzeit Umkehr möglich (im Gegensatz zu Gift, Gewalt...)! Ständig begleitende Symptomkontrolle, Beratung notwendig!“
	49	4.2: „Sterbefasten, um das Thema „Sterben“ mit diesem Begriff mehr in die Öffentlichkeit zu transportieren“
	82	„Gibt es einen unfreiwilligen Verzicht? Der Ausdruck „freiwillig“ suggeriert eine Freiheit, die nicht ganz dem Lebensgefühl

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
		eines sterbenden entspricht. Verzicht kann Folge von Resignation in desperater Lage sein.“
4	117	„Bitte spezifizieren, ob Essen und Trinken überhaupt noch die Lebenslänge beeinflusst“
	141	„Lebensende ohne Nahrung und Flüssigkeit“, „Abschiedsfasten“
	152	„bewusst, nicht unbewusst“
	155	„Faktisch findet meist zwar ein Verzicht auf Nahrung statt. Der Nahrungsverzicht ist erleichtert durch die krankheitsbedingte Appetitlosigkeit.“
	159	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: „Aber ohne Abkürzung“
	206	„Der Begriff Freiwilligkeit schließt für mein Verständnis krankheitsbedingte Ursachen aus, bei denen durch eine parenterale Ernährung durchaus signifikant Lebenszeitverlängerung erreichbar wäre.“
5.1.	21	„nach längerer Begleitung und stabiler Beziehung“
	27	„kommt auf den individuellen Fall an“ (5.1.4), „dann würde ich es nicht machen“ (5.1.5)
	69	Ich wäre selbst bereit den Pat. Zu begleiten (5.1.4) „je nach Situation würde ich alternativ eine palliative Sedierung empfehlen“
	117	5.1.4: „wenn ich es mittragen kann“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
5.1	117	Einleitungstext: „Die Infos reichen nicht aus. Ich kann nur eine individuelle Situation einschätzen (Sozial – psychologisch-spirituell- körperlich umfassend). Warum will er das? Wie geht es ihm? Woran leidet er? Kann er Nahrung noch verdauen?“
	118	Einleitungstext: „aktuelle Lebensqualität?“
	119	5.1.2: „zu Jung“
	206	5.1.1: „Nach entsprechend langem, persönlichen Gespräch“
	225	„Ohne persönliches Gespräch und ohne Kenntnis, in wie weit palliative Alternativen angeboten wurden, nicht zu beantworten“
	226	„Die Fallvignetten sind für mich zu kurz, als dass ich sie beantworten könnte“
	251	„zu wenig Infos über AZ“
5.2	21	„nach längerer Begleitung und stabiler Beziehung“
	27	„ich würde es nicht machen“ (5.2.5)
	34	„unschlüssig“ (Einleitungstext)
	59	Erhält die Diagnose (Einleitungstext) „Modebegriff! Entspricht erkrankt!“
	69	5.2.4 „je nach Situation würde ich alternativ eine palliative Sedierung empfehlen“
	80	Einleitungstext: „Nicht zu beantwortender Fall. Frage: Bei ED warum nicht einwilligungsfähig? Patientenverfügung?“
	117	5.2.4: „wenn ich es mittragen kann“ 5.2.5: „wenn ich es nachvollziehen kann“
	118	5.2.1: „einwilligungsunfähig“, 5.2.6: „Sterbeerleichterung“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
5.2	153	Einleitungstext: „Patientenverfügung?“
	206	5.2.1: „Nach entsprechend langem, persönlichen Gespräch“
	225	„Ohne persönliches Gespräch und ohne Kenntnis, in wie weit palliative Alternativen angeboten wurden, nicht zu beantworten“
	226	„Nicht ohne Pat. Kontakt zu beantworten“
5.3	21	„nach längerer Begleitung und stabiler Beziehung“
	117	5.3.4: „wenn ich es mittragen kann“ 5.3.5: „wenn ich es nachvollziehen kann“
	145	Einleitungstext: „Wie lange ist der Unfall her?“
	203	Einleitungstext: „Nach Ausschluss Depression und angemessener Zeit für eine Lebensbilanz!“
	206	5.3.1: „Nach entsprechend langem, persönlichem Gespräch“
	210	Einleitungstext: „Kann ich so nicht beantworten. Zu wenig Information hinsichtlich Dauer und vorangegangenen psychologischen Hilfen.“
	225	„Ohne persönliches Gespräch und ohne Kenntnis, in wie weit palliative Alternativen angeboten wurden, nicht zu beantworten“
	226	„Nicht ohne Pat. Kontakt zu beantworten“
5.4.	8	„Ich begleite sterbende Patienten, nicht Suizidanten, allerdings muss hier die Motivation geprüft und psych. Leiden (Depression!) ausgeschlossen werden, insofern ist hier ärztl. Hilfe durchaus sinnvoll“
	21	„nach längerer Begleitung und stabiler Beziehung“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
5.4	69	5.3.4 „je nach Situation würde ich alternativ eine palliative Sedierung empfehlen“
	114	Einleitungstext: „Eventuell psych. Konsil (Depression)“
	117	5.4.4: „wenn ich es mittragen kann“ 5.4.5: „wenn ich es nachvollziehen kann“
	156	Einleitungstext: „Zu wenig Information über die Begleitumstände wie soziale Einbindung, körperliche/geistige Fitness...“
	162	„Worin soll die ärztliche Begleitung bestehen?“
	206	5.4.1 „Nach entsprechend langem, persönlichem Gespräch“
	225	„Ohne persönliches Gespräch und ohne Kenntnis, in wie weit palliative Alternativen angeboten wurden, nicht zu beantworten“
	226	„Nicht ohne Pat. Kontakt zu beantworten“
6	49	6.3: Hilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe: „Doch, immer mehr!“
	117	6.1: „grundsätzlich“. 6.2: „Manchmal“
	155	„Frage der Definition der Selbsttötung: Durch aktives Handeln? Durch Unterlassen von Maßnahmen?“
	179	Ärztliche Hilfe zur Selbsttötung: „Ist für mich nicht ärztliche Begleitung“
	210	„Begleitung bei Nahrungs- und Flüssigkeitseinstellung ist für mich keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern symptomatische Therapie.“
7.7	24	Frage 7.7 „Ein Allgemeinmediziner ist Palliativmediziner“
7.8	59	Frage 7.8: „Hat mit ärztlichem Ethos nichts zu tun“

Frage	Fragebogen-Nr.	Kommentar
keine	27	Deckblatt: „Je weniger in diesem äußerst sensiblen Bereich gesetzlich geregelt ist/wird, umso besser!!“
	178	Einseitiger Text auf der Rückseite sowie Rückmeldung per Mail.
	202	Letzte Seite: „In 4 Jahren Palliativmedizin in Hospiz und PCT ist mir kein einziger Fall der den beschriebenen ähnlich wäre vorgekommen – ist das Thema wirklich relevant?“
	206	Zu den Fallbeschreibungen: „Für alle beschriebenen Fälle gilt, dass es eine schriftliche Entbindung der Garantenpflicht geben muss! Dies gilt insbesondere im stationären Bereich“

6.1 Fragebogen

Fragebogen zur Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte.

(aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden für beide Geschlechter die männliche Form verwendet)

Frage 1: Ist Ihnen der Begriff oder die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich habe den Begriff noch nie zuvor gehört bzw. mich bisher nicht mit der Thematik auseinandergesetzt (**Bitte gehen Sie weiter zu Frage 5**)
- Ich habe davon gehört und mich ein wenig damit beschäftigt
- Ich habe davon gehört und mich bereits eingehend damit beschäftigt

Frage 2: Bisherige Erfahrungen mit der Thematik

2.1 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von Patienten auf die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit angesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Niemals	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
<input type="checkbox"/>				

2.2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren einem Patienten gegenüber die Möglichkeit des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit erwähnt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Niemals	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
<input type="checkbox"/>				

2.3 Haben Sie in den letzten 5 Jahren bereits Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit betreut? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nein	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
<input type="checkbox"/>				

Wenn „Nein“, bitte weiter mit Frage 4.

Frage 3: Wenn Sie in den letzten 5 Jahren bereits Erfahrung mit der ärztlichen Begleitung von Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gesammelt haben: Bitte erinnern Sie sich an Ihren letzten Fall:

3.1 Welches Geschlecht hatte der Patient?

- Männlich
- Weiblich

3.2 Wie alt war der Patient?

- Jünger als 40 Jahre
- 40-50 Jahre
- 51-60 Jahre
- 61-70 Jahre
- 71-80 Jahre
- älter als 80 Jahre

3.3 An welcher Grunderkrankung litt der Patient? (Bitte eintragen)

3.4 Von welcher Lebenserwartung war bei dem betreffenden Patienten auszugehen?

wenige Wochen	weniger als 6 Monate	mehr als 6 Monate	mehr als 1 Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.5 In welchem Umfeld befand sich der Patient?

- Häusliches Umfeld
- Pflegeheim
- Hospiz
- Stationäre Krankenversorgung
- Sonstiges, und zwar: _____

3.6 Von wem kam die Initiative zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit?

- Patient
- Arzt
- Pflegekräfte
- Angehörigen
- Sonstigen, und zwar: _____

3.7 Wurde ein Psychiater konsultiert?

- Ja
- Nein

3.8 Wurde eine ethische Fallbesprechung durchgeführt?

- Ja
- Nein

3.9 Bitte erinnern Sie sich an die Zeit zwischen der Entscheidung des Patienten zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Eintritt des Todes zurück. **Wie belastend empfanden Sie den Verlauf für die beteiligten Personen?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stark belastend	Wenig belastend	Nicht belastend
Für den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Angehörigen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Sie als betreuenden Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 4: In der medizinethischen Debatte werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. Welchen Begriff würden Sie bevorzugen? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
- Sterbefasten
- Sonstiges, und zwar: _____

Frage 5: Bewertung der Thematik

Die ärztliche Begleitung von Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beinhaltet Beratung und Betreuung des Patienten sowie Verordnung von Medikamenten zur Symptomkontrolle. Wir möchten wissen, wie Sie nachfolgende Szenarien bewerten:

5.1 Ein 55-jähriger, einwilligungsfähiger **Patient mit fortgeschrittener, inkurabler Tumorerkrankung** und einer angenommenen **Lebenserwartung von unter einem halben Jahr** entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Ein **70-jähriger und aktuell einwilligungsfähiger Patient** erhält die Diagnose einer **Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ**. Er möchte die zu erwartenden Krankheitssymptome und -stadien nicht erleben und entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3 Ein **40-jähriger, einwilligungsfähiger Patient** erlitt durch ein Verkehrstrauma eine **hohe spinale Läsion** und ist seit dem **tetraplegisch**. Er möchte sein Leben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig beenden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 Ein **85-jähriger, einwilligungsfähiger Patient** äußert wiederholt, er **habe sein Leben geliebt und wolle nun sterben**. Er beschließt, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
-------------------------------	----------------------	----------------------------	---------------------------------

Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Frage 6: Wie bewerten Sie grundsätzlich die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung? Bitte nehmen Sie Stellung zu folgenden Aussagen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt- nicht zu
Für mich steht ärztliche Hilfe zur Selbsttötung im Widerspruch zum ärztlichen Ethos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte ärztliche Hilfe zur Selbsttötung für moralisch vertretbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzten sollte es in begründeten Fällen berufsrechtlich erlaubt sein, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage 7: Angaben zu Ihrer Person

7.1 Ihr Geschlecht?

- Weiblich
 Männlich

7.2 Ihr Alter?

- < 30 Jahre
 31-40 Jahre
 41-50 Jahre
 51-60 Jahre
 > 60 Jahre

7.3 Welche Facharztausbildung haben Sie/ In welcher Facharztweiterbildung befinden Sie sich?

(Bitte eintragen, Mehrfachnennungen möglich)

6.2 Fragebogen mit Grundauszählung

Frage 1: Ist Ihnen der Begriff oder die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- N = 17 (7 %)** Ich habe den Begriff noch nie zuvor gehört bzw. mich bisher nicht mit der Thematik auseinandergesetzt (**Bitte gehen Sie weiter zu Frage 5**)
- N = 111 (44 %)** Ich habe davon gehört und mich ein wenig damit beschäftigt
- N = 126 (49 %)** Ich habe davon gehört und mich bereits eingehend damit beschäftigt

Frage 2: Bisherige Erfahrungen mit der Thematik

2.1 Wurden Sie in den letzten 5 Jahren von Patienten auf die Thematik des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit angesprochen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Niemals	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
N = 69	N = 21	N = 56	N = 18	N = 73
(29 %)	(9 %)	(24 %)	(8 %)	(31 %)

2.2 Haben Sie in den letzten 5 Jahren einem Patienten gegenüber die Möglichkeit des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit erwähnt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Niemals	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
N = 93	N = 19	N = 38	N = 20	N = 68
(39 %)	(8 %)	(16 %)	(8 %)	(29 %)

2.3 Haben Sie in den letzten 5 Jahren bereits Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit betreut? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nein	1x	2-3x	4-5x	Häufiger als 5x
N = 90	N = 31	N = 49	N = 17	N = 50
(38 %)	(13 %)	(21 %)	(7 %)	(21 %)

Wenn „Nein“, bitte weiter mit Frage 4.

Frage 3: Wenn Sie in den letzten 5 Jahren bereits Erfahrung mit der ärztlichen Begleitung von Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gesammelt haben: Bitte erinnern Sie sich an Ihren letzten Fall:

3.1 Welches Geschlecht hatte der Patient?

Männlich **N = 67 (45 %)**

Weiblich **N = 82 (55 %)**

3.2 Wie alt war der Patient?

Jünger als 40 Jahre **N = 1 (1 %)**

40-50 Jahre **N = 10 (7 %)**

51-60 Jahre **N = 20 (13 %)**

61-70 Jahre **N = 20 (13 %)**

71-80 Jahre **N = 20 (13 %)**

älter als 80 Jahre **N = 58 (39 %)**

3.3 An welcher Grunderkrankung litt der Patient? (Bitte eintragen)

N = 139 (93 %) Grunderkrankung angegeben

N = 10 (7 %) Grunderkrankung nicht angegeben

Onkologische Grunderkrankung: **N = 89 (60 %)**

Neurologische Grunderkrankung: **N = 32 (21 %)**

Internistische, nicht onkologische Grunderkrankung): **N = 12 (8 %)**

Sonstige Grunderkrankung: **N = 6 (4 %)**

Keine Angabe der Grunderkrankung: **N = 10 (7 %)**

3.4 Von welcher Lebenserwartung war bei dem betreffenden Patienten auszugehen?

wenige Wochen	< 6 Monate	> 6 Monate	mehr als 1 Jahr
N = 81 (55 %)	N = 42 (28 %)	N = 8 (5 %)	N = 15 (10 %)

Keine Angabe N = 3 (2 %)

3.5 In welchem Umfeld befand sich der Patient?

N = 63 (42 %)	Häusliches Umfeld
N = 26 (17 %)	Pflegeheim
N = 9 (6 %)	Hospiz
N = 38 (26 %)	Stationäre Krankenversorgung
N = 11 (7 %)	Sonstiges, und zwar:
N = 3 (2 %)	Keine Angabe

3.6 Von wem kam die Initiative zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit?
(Mehrfachnennung)

N = 124 (83 %)	Patient
N = 21 (14 %)	Arzt
N = 2 (1 %)	Pflegekräfte
N = 21 (14 %)	Angehörigen
N = 1 (1 %)	Sonstigen, und zwar:

3.7 Wurde ein Psychiater konsultiert?

N = 10 (7 %)	Ja
N = 137 (92 %)	Nein

3.8 Wurde eine ethische Fallbesprechung durchgeführt?

N = 40 (27 %)	Ja
N = 106 (71 %)	Nein

3.9 Bitte erinnern Sie sich an die Zeit zwischen der Entscheidung des Patienten zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Eintritt des Todes zurück. **Wie belastend empfanden Sie den Verlauf für die beteiligten Personen?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Für den **Patienten**:

Stark belastend	Wenig belastend	belastend	Nicht belastend
N = 8 (5 %)	N = 20 (13 %)	N = 64 (43 %)	N = 53 (36 %)

Für die **Angehörigen** des Patienten:

Stark belastend	Wenig belastend	belastend	Nicht belastend
N = 29 (19 %)	N = 68 (46 %)	N = 36 (24 %)	N = 7 (5 %)

Für Sie als betreuenden **Arzt**

Stark belastend	Wenig belastend	belastend	Nicht belastend
N = 9 (6 %)	N = 30 (20 %)	N = 66 (44 %)	N = 42 (28 %)

Frage 4: In der medizinethischen Debatte werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. Welchen Begriff würden Sie bevorzugen? (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- N = 213 (89 %)** Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
- N = 15 (6 %)** Sterbefasten
- N = 15 (6 %)** Sonstiges, und zwar:

Frage 5: Bewertung der Thematik

Die ärztliche Begleitung von Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beinhaltet Beratung und Betreuung des Patienten sowie Verordnung von Medikamenten zur Symptomkontrolle. Wir möchten wissen, wie Sie nachfolgende Szenarien bewerten:

5.1 Ein 55-jähriger, einwilligungsfähiger Patient mit fortgeschrittener, inkurabler Tumorerkrankung und einer angenommenen Lebenserwartung von unter einem halben Jahr entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	N = 116 (45 %)	N = 89 (35 %)	N = 45 (18 %)	N = 2 (1 %)
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	N = 157 (62 %)	N = 73 (29 %)	N = 19 (7 %)	N = 3 (1 %)
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	N = 195 (76 %)	N = 38 (15 %)	N = 12 (5 %)	N = 7 (3 %)
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	N = 179 (70 %)	N = 51 (20 %)	N = 16 (6 %)	N = 6 (2 %)
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	N = 7 (3 %)	N = 24 (9 %)	N = 104 (41 %)	N = 118 (46 %)
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	N = 16 (6 %)	N = 41 (16 %)	N = 74 (29 %)	N = 121 (47 %)

5.2 Ein **70-jähriger und aktuell einwilligungsfähiger Patient** erhält die Diagnose einer **Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ**. Er möchte die zu erwartenden Krankheitssymptome und -stadien nicht erleben und entschließt sich, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	N = 54 (21 %)	N = 85 (33 %)	N = 91 (36 %)	N = 20 (8 %)
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	N = 73 (29 %)	N = 87 (34 %)	N = 68 (27 %)	N = 28 (9 %)
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	N = 131 (51 %)	N = 74 (29 %)	N = 35 (14 %)	N = 11 (4 %)
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	N = 94 (37 %)	N = 78 (31 %)	N = 47 (18 %)	N = 29 (11 %)
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	N = 32 (13 %)	N = 62 (24 %)	N = 79 (31 %)	N = 75 (29 %)
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	N = 38 (15 %)	N = 78 (31 %)	N = 65 (25 %)	N = 70 (27 %)

5.3 Ein **40-jähriger, einwilligungsfähiger Patient** erlitt durch ein Verkehrstrauma eine **hohe spinale Läsion** und ist seit dem **tetraplegisch**. Er möchte sein Leben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig beenden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	N = 78 (31 %)	N = 114 (45 %)	N = 53 (21 %)	N = 6 (2 %)
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	N = 90 (35 %)	N = 87 (34 %)	N = 58 (23 %)	N = 16 (6 %)
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	N = 136 (53 %)	N = 75 (29 %)	N = 27 (11 %)	N = 13 (5 %)
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	N = 93 (36 %)	N = 71 (28 %)	N = 63 (25 %)	N = 23 (9 %)
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	N = 26 (10 %)	N = 60 (24 %)	N = 83 (33 %)	N = 81 (32 %)
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	N = 46 (18 %)	N = 76 (30 %)	N = 62 (24 %)	N = 67 (26 %)

5.4 Ein **85-jähriger, einwilligungsfähiger Patient** äußert wiederholt, er **habe sein Leben gelebt und wolle nun sterben**. Er beschließt, den eigenen Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Die Entscheidung des Patienten, den Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vorzuziehen, ist für mich nachvollziehbar.	N = 60 (24 %)	N = 75 (29 %)	N = 78 (31 %)	N = 38 (15 %)
Die ärztliche Begleitung des Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist für mich, in der beschriebenen Situation, mit dem ärztlichen Selbstverständnis vereinbar.	N = 79 (31 %)	N = 62 (24 %)	N = 73 (29 %)	N = 39 (15 %)
Der Patient hat ein Recht auf ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	N = 117 (46 %)	N = 66 (26 %)	N = 43 (17 %)	N = 27 (11 %)
Ich wäre selbst bereit den Patienten während seines Vorhabens zu begleiten.	N = 83 (33 %)	N = 59 (23 %)	N = 60 (24 %)	N = 48 (19 %)
Ich würde mich in dieser Situation vom Patienten instrumentalisiert fühlen.	N = 54 (21 %)	N = 62 (24 %)	N = 72 (28 %)	N = 64 (25 %)
Die ärztliche Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt in der beschriebenen Situation eine Hilfe zur Selbsttötung dar.	N = 60 (24 %)	N = 79 (31 %)	N = 54 (21 %)	N = 59 (23 %)

Frage 6: Wie bewerten Sie **grundsätzlich die ärztliche Hilfe zur Selbsttötung**? Bitte nehmen Sie Stellung zu folgenden Aussagen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Für mich steht ärztliche Hilfe zur Selbsttötung im Widerspruch zum ärztlichen Ethos.	N = 60 (24 %)	N = 98 (38 %)	N = 70 (27 %)	N = 27 (11 %)
Ich halte ärztliche Hilfe zur Selbsttötung für moralisch vertretbar.	N = 27 (11 %)	N = 83 (33 %)	N = 97 (38 %)	N = 43 (17 %)
Hilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.	N = 90 (35 %)	N = 73 (29 %)	N = 67 (26 %)	N = 21 (8 %)
Ärzten sollte es in begründeten Fällen berufsrechtlich erlaubt sein, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.	N = 55 (22 %)	N = 89 (35 %)	N = 56 (22 %)	N = 51 (20 %)

Frage 7: Angaben zu Ihrer Person

7.1 Ihr Geschlecht?

N = 81 (32 %) Weiblich**N = 173 (68 %)** Männlich

7.2 Ihr Alter?

N = 0 (0 %) < 30 Jahre**N = 12 (5 %)** 31-40 Jahre**N = 91 (36 %)** 31-40 Jahre**N = 101 (40 %)** 41-50 Jahre**N = 49 (19 %)** > 60 Jahre

7.3 Welche Facharztausbildung haben Sie? (Bitte eintragen, Mehrfachnennungen möglich)

Allgemeinmedizin: **N = 108 (42 %)**Anästhesie: **N = 47 (18 %)**Innere Medizin: **N = 91 (36 %)**Sonstige: **N = 18 (7 %)**Keine Angabe: **N = 10 (4 %)**

7.4 Wo sind Sie tätig?

N = 101 (40 %) Krankenhaus**N = 151 (59 %)** Niedergelassener Bereich**N = 23 (9 %)** Sonstiges, und zwar:

7.5 Wie lange sind Sie bereits als ärztlich tätig?

N = 3 (1 %) < 5 Jahre**N = 11 (4 %)** 5-10 Jahre**N = 68 (27 %)** 11-20 Jahre**N = 165 (65 %)** > 20 Jahre

7.6 Für welchen Bereich sind Sie zur Weiterbildung ermächtigt? (Mehrfachnennungen möglich)

N = 124 (49 %) Allgemeinmedizin**N = 145 (57 %)** Palliativmedizin**N = 70 (27 %)** Sonstige, und zwar:

7.7 Besitzen Sie die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin?

N = 165 (65 %) Ja**N = 88 (35 %)** Nein**N = 0 (0 %)** Weiß nicht

7.8 Würden Sie von sich sagen, dass Sie eher religiös oder eher nicht religiös sind? Bitte stufen Sie sich auf der folgenden Skala von 1-10 ein:

Religiosität (1 = schwach bis 10 = stark)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anzahl [N]	25	18	31	14	20	16	41	47	21	14
Prozentual [%]	10	7	12	6	8	6	16	18	8	10

7 Literaturverzeichnis

Aebi-Müller RE: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Die Perspektive des Rechts. In: Eychmüller S, Amstad H (Hrsg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)*. Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, Genève 2015, 27–46

Alt-Epping B (2018): Con: Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist keine Form des Suizids. *Palliativmedizin* 19, 12–15

Alt-Epping B: Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in Abgrenzung zum Suizid: Kasuistiken und Analogien. In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 157–167

Anonymus (2015): Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung. *Ethik Med* 27, 233–234

Augsberg S (2019): Juristische Probleme des sog. Sterbefastens. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 65, 315–327

Bernat JL, Gert B, Mogielnicki RP (1993): Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. *Arch Intern Med* 153, 2723–2728

Bickhardt J, Hanke RM (2014): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt* 111, 590-592

Birnbacher D (2015): Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? *Ethik Med* 27, 315–324

Birnbacher D: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit = "passiver Suizid"? - Was folgt? In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 106–119

Bolt EE, Hagens M, Willems D, Onwuteaka-Philipsen BD (2015): Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med* 13, 421–428

Bundesärztekammer (2017): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 114, 334–336

- Bundesärztekammer (2018): (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt. Deutsches Ärzteblatt 115, 1–9
- Chabot B, Walther C: Ausweg am Lebensende: Sterbefasten: Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. 4. Auflage; Ernst Reinhardt Verlag, München 2015
- Chabot BE, Goedhart A (2009): A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. Soc Sci Med 68, 1745–1751
- Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen. 1. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart 2019
- De Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, Venkateswaran C, Bhatnagar S, Radbruch L (2017): International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. J Palliat Med 20, 8–14
- Duttge G, Simon A (2017): Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als (strafbare) Suizidhilfe? Neue Zeitschrift für Strafrecht 37, 512–516
- Eychmüller S, Amstad H: Editorial. Was wir wissen und nicht wissen. In: Eychmüller S, Amstad H (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, Genève 2015, 5–9
- Eychmüller S, Amstad H (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, Genève 2015
- Fehn S, Fringer A (2017): Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten. Schweiz Ärzteztg 98, 1161–1163
- Fringer A: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Die Sichtweise der Wissenschaft. In: Eychmüller S, Amstad H (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, Genève 2015, 11–26
- Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA (2003): Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. N Engl J Med 349, 359–365

-
- Gärtner J, Müller L (2018): Ein Fall von ‚Sterbefasten‘ wirft Fragen auf. *Schweiz Ärzteztg* 99, 675–677
- Hanke R: Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der hausärztlichen Praxis. In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 25–41
- Harvath TA, Miller LL, Goy E, Jackson A, Delorit M, Ganzini L (2004): Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers. *Int J Palliat Nurs* 10, 236-41; discussion 242-3
- Hoekstra NL, Strack M, Simon A (2015): Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. *Palliativmedizin* 16, 68–73
- Ivanović N, Büche D, Fringer A (2014): Voluntary stopping of 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. *BMC Palliat Care* 13, 1
- Jansen LA (2004): No safe harbor: the principle of complicity and the practice of voluntary stopping of eating and drinking. *J Med Philos* 29, 61–74
- Jox RJ, Black I, Borasio GD, Anneser J (2017): Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified? *BMC Med* 15, 186
- Krüskemper W, Hofmeister U, Stähli A (2016): (Freiwilliger) Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Überlegungen und mögliche Angebote aus der Praxis. *Palliativmedizin* 17, 284–287
- Lipp V: *Patientenautonomie und Lebensschutz: Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der "Sterbehilfe"*. Univ.-Verl. Göttingen, Göttingen 2005
- Mattiasson AC, Andersson L (1994): Staff attitude and experience in dealing with rational nursing home patients who refuse to eat and drink. *J Adv Nurs* 20, 822–827
- McGee A, Miller FG (2017): Advice and care for patients who die by voluntarily stopping eating and drinking is not assisted suicide. *BMC Med* 15, 222

-
- Miller FG, Meier DE (1998): Voluntary death: a comparison of terminal dehydration and physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 128, 559–562
- Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014): Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben - keine Hilfe zum Sterben. *Deutsches Ärzteblatt* 111, A-67-71
- Neitzke G: Grenzziehung zwischen Suizid und freiwilligem Nahrungsverzicht (FVNF). In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 148–156
- Neitzke G, Coors M, Diemer W, Holtappels P, Spittler JF, Würdehoff D (2013): Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe. Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). *Ethik Med* 25, 349–365
- Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul, Gwen J F, van Delden, Johannes J M, van der Heide A (2012): Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 380, 908–915
- Phillips PA, Rolls BJ, Ledingham JG, Forsling ML, Morton JJ, Crowe MJ, Wollner L (1984): Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *N Engl J Med* 311, 753–759
- Quill TE, Byock IR (2000): Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 132, 408–414
- Quill TE, Lee BC, Nunn S (2000): Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel. *Ann Intern Med* 132, 488–493
- Quill TE, Lo B, Brock DW (1997): Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 278, 2099–2104
- Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, Conno F de, Vanden Berghe P (2016): Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 30, 104–116

- Schneider B: Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Psychiatrische Perspektive. In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 57–71
- Schneider B, Sperling U (2019): Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) – aus Sicht der Suizidologie. Zeitschrift für medizinische Ethik 65, 227–236
- Schwarz J (2007): Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death. J Palliat Med 10, 1288–1297
- Schwarz JK (2011): Death by Voluntary Dehydration: Suicide or the Right to Refuse a Life-Prolonging Measure. Widener Law Review 17, 351–361
- Schwarz JK (2014): Hospice Care for Patients Who Choose to Hasten Death by Voluntarily Stopping Eating and Drinking. Journal of Hospice & Palliative Nursing 16, 126–131
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A (2002): Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 24, 91–96
- Shinjo T, Morita T, Kiuchi D, Ikenaga M, Abo H, Maeda S, Tsuneto S, Kizawa Y (2017): Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey. BMJ Support Palliat Care 9, 143–145
- Simon A (2017): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ("Sterbefasten"). Ein Ausweg am Lebensende? Wege zum Menschen 69, 487–497
- Simon A (2018): Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid? Palliativmedizin 19, 10–11
- Simon A, Hoekstra NL (2015): Care for patients who choose hastened death by voluntarily stopping of eating and drinking. Dtsch Med Wochenschr 140, 1100–1102
- Simon A, Nauck F: Patientenautonomie und klinische Praxis. In: Wieseemann C, Simon A (Hrsg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen - Praktische Anwendungen. Mentis-Verlag, Münster 2013, 167–179

- Stängle S, Schnepf W, Büche D, Häuptle C, Fringer A (2019): Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse über die Betroffenen, den Verlauf und die Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus einer standardisierten schweizerischen Gesundheitsbefragung. Zeitschrift für medizinische Ethik 65, 237–248
- Tolmein O: Warum der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nicht als Selbsttötung im Sinne des § 217 StGB zu sehen ist - und welche rechtlichen Konsequenzen sich daraus ergeben. In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 133–147
- Tolmein O, Radbruch L (2017): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt 114, A-302-307
- Verhorst A: Zum pflegerischen Umgang bei Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. In: Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen. Kohlhammer, Stuttgart 2019, 42–56
- Wolfersdorf M: Suizidalität - Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In: Wolfersdorf M, Kaschka W P (Hrsg.): Suizidalität: Die biologische Dimension. Springer, Berlin, Heidelberg 1996, 1–16
- Bundesverfassungsgericht (2020): BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16 - Rn. (1 - 343), http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html.
https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4, abgerufen am: 11.03.2020
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (2009): Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) legt neue Studienergebnisse über die Hospizarbeit in Deutschland vor: Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize vor existentiellen Problemen - Neuregelungen dringlich. https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-03-13_Neuregelungen%C2%A739a.pdf, abgerufen am: 11.03.2020

Herrendorf W: Arbeit und Struktur. <https://www.wolfgang-herrndorf.de/archiv/>, abgerufen am: 11.03.2020

Knippals D (2014): Debatte über Sterbehilfe: „Das ist meine größte Angst“ - taz.de. <https://taz.de/Debatte-ueber-Sterbehilfe/!5051375/>, abgerufen am: 11.03.2020

KNMG, VetVN Handreiking (2014): Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedingen. file:///C:/Users/nilui/Downloads/Handreiking%20Zorg%20voor%20mensen%20die%20bewust%20afzien%20van%20eten%20en%20drinken%20om%20het%20levenseinde%20te%20bespoedingen%20-%20Online.pdf, abgerufen am: 26.08.2020

Müller-Jung J (2012): Heilsterben. <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/sterberatgeberheilsterben-11826770.html>, abgerufen am: 11.03.2020

Radbruch L, Münch U, Maier B, Tolmein O, Alt-Epping B, Bausewein C, Becker G, Bullermann-Benend M, Doll A, Goudiniudis K et al. (2019): DGP Positionspapier Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf, abgerufen am: 11.03.2020

RBB Inforadio (2020): Ärztekammer: "Sterbehilfe ist keine ärztliche Aufgabe. <https://www.inforadio.de/programm/schema/sendungen/int/202002/26/sterbehilfe-urteil-bundesverfassungsgreicht-aerztekammer.htm/listall=on/print=true.html>, abgerufen am: 27.02.2020

Sterbefasten.org (2020): Sterbefasten – Palliatura. <https://www.sterbefasten.org/>, abgerufen am: 11.03.2020

7.1 Internetseiten der Ärztekammern

Ärztekammer Niedersachsen, URL: <https://www.aekn.de/nc/weiterbildung/weiterbildungsermaechtigte-in-niedersachsen-datenbank/>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Bremen, URL: <https://www.aekhb.de/befugtenliste/>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Hamburg, URL: https://www.aerztekammer-hamburg.org/wb_befugte.html, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Schleswig-Holstein, URL: <https://wb.aeksh.de/html/GEBIETE.HTM>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, URL: <http://www.aekmv.de/default.aspx?pid = 20090814132205239>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Brandenburg, URL: https://www.laekb.de/www/website/PublicNavigation/arzt/weiterbildung/weiterbildung_befugte/, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Berlin, URL: https://www.aerztekammerberlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/13a_Befugtensuche/index.html, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Ärztekammer Sachsen-Anhalt, URL: <https://www.aeksa.de/www/website/PublicNavigation/arzt/weiterbildung/wb-befugnisse/>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Sachsen, URL: <https://www.slaek.de/de/01/weiterbildung/wbb-listen02.php>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Thüringen, URL: <https://www.laek-thueringen.de/aerzte/weiterbildung/befugnisse/>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Bayern, URL: http://www.blaek.de/docs/befugnisse/AHV_WO04.pdf?token = 1549210380165, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Baden-Württemberg, URL: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/20wbbefugt/55wbb/index.php>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Saarland, URL: <https://www.aerztekammer-saarland.de/aerzte/imn7cexk/wbbefugte/>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Bezirksärztekammer Koblenz, URL: <https://www.aerztekammer-koblenz.de/weiterbildung/liste-der-zur-weiterbildung-befugten-aerzte.html>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Bezirksärztekammer Pfalz, URL: <https://aek-pfalz.de/wbbefugteGebiete.php>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Bezirksärztekammer Rheinhessen, URL: <https://aerztekammer-mainz.de/wbbefug-niss.php>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Bezirksärztekammer Trier, URL: <https://aerztekammer-trier.de/wbbefugte.php>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Hessen, URL: <https://portal.laekh.de/wbermaechtigte>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Nordrhein, URL: <https://www.aekno.de/arztsuche/wbbefugte-neu/maske.asp>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Landesärztekammer Westfalen-Lippe, URL: <https://www.aekwl.de/index.php?id = 2786>, Zugriff zuletzt 03.02.2019

Danksagung

Ich möchte allen danken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein ausdrücklicher Dank gilt Herrn Professor Alfred Simon für die umfassende, geduldige und zuverlässige Betreuung sowohl bei der Entstehung dieser Arbeit als auch bei den aus ihr hervorgegangenen Publikationen.

Weiterhin gilt mein besonderer Dank Frau Privatdozentin Micha Strack für die ausgezeichnete Betreuung und Beratung in methodischen Fragen der Studie und bei der Auswertung ihrer Ergebnisse.

Frau Susanne Raphael möchte ich für ihre große Unterstützung im Rahmen der Literaturrecherche danken.

Bei Frau Wilma Hoekstra-von Cleef, Herrn Dr. Sebastian Täubert und Herrn Dr. Falko Partosch bedanke ich mich für aufmerksames Korrekturlesen.

Abschließend danke ich ausdrücklich den Ärztinnen und Ärzten, die an der Befragung teilgenommen haben.