

Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) Eine Alternative zur Suizidhilfe?

Michael Coors

In den aktuellen Diskussionen über die Rolle von Seelsorgenden im Kontext des assistierten Suizids in der Schweiz wie auch in der Diskussion darüber, wie kirchlich getragene Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland mit dem Ansinnen nach Suizidhilfe umgehen sollen, wird gelegentlich auf das sogenannte «Sterbefasten», auf den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), als Alternative zum assistierten Suizid verwiesen. In diesem Sinne formuliert z. B. das Positionspapier des Synodalarats der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn «Solidarität bis zum Ende» unter der Zwischenüberschrift «Miteinander Alternativen suchen»:

Ebenfalls entlastend kann wirken, wenn jemand über andere Möglichkeiten, das Sterben zu beschleunigen, orientiert wird, etwa das Sterbefasten.¹

Der FVNF mit dem Ziel, den eigenen Tod herbeizuführen, wird hier exemplarisch als Alternative zur Inanspruchnahme von Suizidassistenten angeführt. Dabei wird offenbar nahegelegt, dass diese Alternative moralisch weniger problematisch sein könnte. Ähnlich äussern sich auch Peter Dabrock und Wolfgang Huber in ihrem Artikel in der FAZ vom 25.1.2021 im Rahmen der deutschen Diskussion:

Die Diakonie sollte ihr Profil statt durch ein geschäftsmäßiges Angebot im Bereich der Suizidassistenten durch Formen der Begleitung in der letzten Lebensphase stärken, die ihr Gewicht auf mögliche Alternativen legen. [...] Dazu gehören ferner der freiwillige Behandlungsverzicht, die palliative Sedierung [...] und der begleitete freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.²

- 1 Synodalarat der reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn: *Solidarität bis zum Ende. Position des Synodalarats der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn zu pastoralen Fragen rund um den assistierten Suizid*. Bern 2017, 5.
- 2 Peter Dabrock, Wolfgang Huber: Selbstbestimmt mit der Gabe des Lebens umgehen, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 20 (25.1.2021), 6.

Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wird hier also in einer Reihe mit dem rechtlich gegebenenfalls sogar gebotenen Therapieverzicht und der weitgehend unstrittigen Praxis der palliativen Sedierung³ als Alternative zum assistierten Suizid angeführt. Damit wird nahegelegt, dass es sich beim FVNF, ähnlich wie bei diesen anderen Praktiken, um eine moralisch unstrittige Praxis handelt.

Das steht allerdings in Spannung dazu, dass sich im deutschsprachigen Raum rund um das Thema des FVNF in den letzten Jahren eine durchaus kontroverse ethische Diskussion entwickelt hat,⁴ die für sich genommen bereits deutlich macht, dass auch der FVNF für ethischen Diskussionsbedarf sorgt. Daher sollen im Folgenden nach einer definitorischen Einordnung die unterschiedlichen Konfliktlinien in der moralischen Bewertung der Praxis des FVNF herausgearbeitet werden, um vor diesem Hintergrund deutlich zu machen, warum der schlichte Verweis auf den FVNF als Alternative zum assistierten Suizid zu kurz greift. Vor diesem Hintergrund ist dann auch danach zu fragen, was dies für die Rolle der Seelsorge beim FVNF bedeutet.

1. Begriff, Abgrenzung, Häufigkeit

In der Diskussion begegnen eine Reihe unterschiedlicher Begriffe für das, was ich im Folgenden als «Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit» (FVNF) bezeichne. Verbreitet ist der Begriff «Sterbefasten», den auch Boudewijn Chabot

3 Zum ethischen Klärungsbedarf bezüglich der Rahmenbedingungen der palliativen Sedierung vgl. aber z. B. Gerald Neitzke, Frank Oehmichen, Hans-Joachim Schliep, Dietrich Würdehoff: Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), in: *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 139–147; Bernd Alt-Epping, Eva Schildmann, Dietmar Weixler: Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen, in: *Der Onkologe* 22 (2016), 852–859; Claudia Bozzaro: Der Leidensbegriff im medizinischen Kontext. Ein Problemaufriss am Beispiel der tiefen palliativen Sedierung am Lebensende, in: *Ethik in der Medizin* 27 (2015), 93–106.

4 Vgl. dazu im Überblick z. B. Michael Coors, Alfred Simon, Bernd Alt-Epping (Hg.): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen* (Münchner Reihe Palliative Care 14), Stuttgart: Kohlhammer 2019. International wird das Thema schon seit den 1990er-Jahren diskutiert. Vgl. z. B. James L. Bernat, Bernard Gert, R. Peter Mogielnicki: Patient Refusal of Hydration and Nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary euthanasia, in: *Archives of Internal Medicine* 153 (1993), 2723–2731. Zur theologischen Diskussion vgl. auch Mirjam Zimmermann, Ruben Zimmermann: Lebenssatt! Theologisch-ethische Überlegungen zum «Sterbefasten»/Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 64 (2020), 37–52, und dies., Passiver Suizid oder Einwilligung ins Sterben? Ein Beitrag zum Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 65 (2019), 299–313.

und Christian Walther in ihrem Buch «Ausweg am Lebensende» verwenden,⁵ dessen Publikation wesentlich dazu beigetragen hat, das Thema im deutschsprachigen Raum bekannt zu machen.⁶ Der Begriff prägt auch zahlreiche Erfahrungsberichte zum Thema.⁷ Chabot und Walther verweisen für die Herkunft des Begriffs einerseits auf antike römische Quellen⁸ und andererseits auf die Praxis des Fastens bis zum Tod (*Sallekhanā*) in der dem Hinduismus nahestehenden religiösen Bewegung der Jaina.⁹ Dabei handelt es sich um eine religiöse Fastenpraxis, bei der der Tod der fastenden Person durch das Fasten in besonderen Fällen als eine Form der religiösen Vollendung des Lebensweges gelten kann, weil sich darin die völlige Aufgabe des Selbst realisiert. Dabei wird diese gewaltfreie Praxis des Herbeiführens des eigenen Todes deutlich gegenüber dem Suizid abgegrenzt, der bei den Jaina moralisch negativ bewertet wird.¹⁰ Es geht also bei dieser Form des Fastens um eine religiöse Praxis, die gerade nicht in erster Linie auf die Durchsetzung der Selbstbestimmung einer Person zielt. Vielmehr geht es um die vollständige Selbstaufgabe mit dem Ziel des Durchbrechens des Kreislaufes der Reinkarnation.

In der durch das Christentum geprägten Kultur unserer Gesellschaften verbindet sich mit dem Begriff des Fastens vor allem die Vorstellung eines Nahrungsverzichts aus religiösen oder auch kultischen Gründen, der z. B. auf eine Intensivierung der Gottesbeziehung zielt oder ein Akt der Sühne für begangene Sünden darstellen kann.¹¹ Von daher wird das Fasten überwiegend als eine Praxis wahrgenommen, mit der sich eher positive Wertzuschreibungen verbinden, die durch die Verwendung

-
- 5 Boudewijn Chabot, Christian Walther: *Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*. München, Basel: Ernst Reinhardt 2021.
 - 6 Das Buch wurde in 1. Auflage 2010 publiziert. 2021 erschien bereits die 6. Auflage.
 - 7 Vgl. z. B. Christiane zur Nieden: *Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – Eine Fallbeschreibung*, Frankfurt a. M.: Mabuse 2016; Frauke Luckwaldt: *Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten*. München, Basel: Ernst Reinhardt 2018; Peter Kaufmann, Manuel Trachsel, Christian Walther: *Sterbefasten. Fallbeispiele zur Diskussion über den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer 2020.
 - 8 Vgl. dazu auch Zimmermann/Zimmermann, Passiver Suizid?, 301 f.
 - 9 Vgl. Chabot/Walther, *Ausweg*, 14. Vgl. dazu Purushottama Bilimoria: The Jaina Ethic of Voluntary Death, in: *Bioethics* 6 (1992), 331–355; Birgit Heller: Leben bewahren – Sterben zulassen. Weltreligionen und Euthanasie, in: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 9 (2001), 105–134, 110; Shirely Firth: End-of-life. A Hindu view, in: *The Lancet* 366 (2005), 682–686, 684.
 - 10 Vgl. Bilimoria, The Jaina Ethic, 342.
 - 11 Vgl. Peter Gerlitz: Art. Fasten/Fasttage. I. Religionsgeschichtlich, in: *Theologische Realenzyklopädie* Bd. 11, 42–45.

des Begriffs Sterbefasten auch auf die Praxis des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit übertragen werden. Darum ist der zwar aufgrund seiner Kürze praktische Begriff für eine Diskussion der ethischen Ambivalenzen des Phänomens ungeeignet, weil er von vornherein zu einer positiven moralischen Wertung des Phänomens tendiert, das erst einmal ethisch reflektiert werden soll – darin ähnelt er dem Begriff des Freitodes für das Phänomen des Suizids.¹²

Alternativ kann im Deutschen in Analogie zum englischen Begriff des «Voluntary Stopping of Eating and Drinking»¹³ vom «Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken» (FVET) gesprochen werden.¹⁴ Deutlich gemacht werden soll damit, dass Essen und Trinken «mehr umfasst als nur die Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen. Dazu gehört auch der Genuss beim Essen und Trinken».¹⁵ Der Vorteil der Bezeichnung FVET gegenüber der Bezeichnung FVNF liegt darin, dass damit schon begrifflich eine deutliche Abgrenzung gegenüber der *künstlichen* Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit erfolgt, um die es in diesen Fällen nicht geht.¹⁶ Denn bei künstlicher Ernährung handelt es sich immer um eine medizinische Therapie, die ohnehin nicht ohne die Einwilligung des Patienten oder der Patientin vorgenommen werden darf. Insofern es aber beim FVNF gerade nicht um den Verzicht auf weitere Aspekte des Essens und Trinkens wie z. B. den des Genusses geht, sondern in erster Linie um die Unterbindung der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, durch die der Tod herbeigeführt werden soll, scheint mir der Begriff des Freiwilligen Verzichts *auf Nahrung und Flüssigkeit* (FVNF) nach wie vor angemessener.

Durchaus zu Recht weisen Andreas Heller und Susanne Krenzle darauf hin, dass sowohl die Bezeichnung FVNF als auch FVET das eigentliche Ziel des Unterlassens verschweigen, nämlich das Herbeiführen des eigenen Todes, und sprechen

12 Zur Kritik an diesem Begriff vgl. auch Frank Kittelberger: Der Skandal liegt in der Verharmlosung des Begriffs «Fasten»!, in: *Praxis Palliative Care* 41 (2018), 21–24 und Zimmermann/Zimmermann, Passiver Suizid?, 301 f.

13 Vgl. z. B. Natasa Ivanovic, Daniel Büche, André Fringer: 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, in: *BMC Palliative Care* 13/1 (2014), <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-1>; Julie Christenson: An Ethical Discussion on Voluntarily Stopping Eating and Drinking by Proxy Decision Maker or by Advance Directive, in: *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 21/3 (2019), 188–192.

14 So z. B. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*, 2019, https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf, Zugriff am 6.7.2021.

15 DGP, Positionspapier, 4.

16 Vgl. Philipp Starke: Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken – zur ethischen Lagebestimmung eines ambivalenten Begriffs, in: *Ethik in der Medizin* 32 (2020), 171–187, 173.

darum vom «Tod durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken» (ToFVET).¹⁷ So richtig diese Beobachtung inhaltlich ist, wird sich diese Wendung vermutlich schon allein wegen ihrer Kompliziertheit nicht durchsetzen.

Im Durchgang durch die verschiedenen Bezeichnungen wurden damit bereits alle Aspekte benannt, die für die Praxis des FVNF konstitutiv sind. Alfred Simon und Nina Luisa Hoekstra definieren m. E. präzise:

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist die freie Entscheidung einer einwilligungsfähigen Person, Essen und Trinken einzustellen, um damit absichtlich den eigenen Tod herbeizuführen.¹⁸

Diese Definition macht auch klar, welche Formen des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit hier nicht im Blick sind. Ausgeschlossen sind alle Situationen, in denen die Reduktion oder Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht auf einen freien, willentlichen Entschluss der betroffenen Person zurückgeht, sei es, weil sie nicht mehr einwilligungsfähig ist (z. B. aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz) oder weil sie aus anderen Gründen (z. B. aufgrund schwerer Erkrankung) ein reduziertes Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsbedürfnis hat. Damit sind insbesondere die vielen Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bei denen sich z. B. im Zuge des Sterbeprozesses ein reduzierter Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf einstellt: Für diese Personen gilt, dass sie nicht sterben, weil sie zu wenig essen oder trinken, sondern dass sie weniger essen oder trinken, weil sie sterben.

In der Praxis der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird es hier immer wieder fließende Übergänge geben. Nicht immer ist klar, ob z. B. eine pflegebedürftige Person nicht mehr isst und trinkt, weil sie dies selbstbestimmt so entschieden oder weil sie keinen Bedarf an Nahrung und Flüssigkeit mehr hat. Zudem ist auch denkbar, dass die reduzierte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme Folge einer pathologischen Veränderung ist, die behandlungsbedürftig ist. Diese unterschiedlichen Faktoren werden sich in der Praxis häufig überlagern und nicht klar trennen lassen. Das rechtfertigt allerdings nicht, in der Definition des FVNF auf das Moment der selbstbestimmten Entscheidung zu verzichten,¹⁹ denn es geht hier

17 Andreas Heller, Susanne Kränzle: Tod durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (ToFVET). Sterben des homo faber und seine organisationsethischen Implikationen, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 65 (2019), 281–297, insb. 283 f.

18 Alfred Simon, Nina Luisa Hoekstra: Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140/14 (2015), 1100–1102, 1100.

19 So Zimmermann/Zimmermann, *Lebenssatt!*, 39 f. Vgl. auch dies., *Passiver Suizid?*, 302.

um die normativ relevante Unterscheidung zwischen einem willentlichen Handeln oder Unterlassen im Gegenüber zum nicht-willentlichen Verhalten. Für Erstes ist eine Person verantwortlich, für Letztes nicht.²⁰

Darauf, dass Situationen der künstlichen Ernährung ausgeschlossen sind, wurde bereits hingewiesen. Ebenfalls ausgeschlossen sind alle Situationen, in denen der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit einem anderen Zweck dient als der Herbeiführung des eigenen Todes, also z. B. der sogenannte Hungerstreik zur Durchsetzung politischer Ziele, bei dem der mögliche Tod durch den Verzicht nur in Kauf genommen wird, aber nicht das Ziel darstellt.

Wie häufig der FVNF durchgeführt wird, ist strittig.²¹ Studien aus den Niederlanden beziffern die Anzahl der Fälle von FVNF auf zwischen 0,4% und 2,1% der jährlichen Todesfälle.²² Für Schweizer Pflegeeinrichtungen ergab eine Studie für das Jahr 2016, dass 1,7% aller Todesfälle in Pflegeeinrichtungen Resultat eines FVNF waren.²³ Viele Studien zum Thema leiden allerdings daran, dass nicht klar ist, ob den befragten Personen die Abgrenzung des FVNF z. B. zu denjenigen Fällen klar ist, in denen die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme aufgrund eines schwindenden Bedarfs an Nahrung und Flüssigkeit eingestellt wird.²⁴ Deutlich ist aber, dass

20 Die Frage nach der normativen Relevanz der Unterscheidung von Handeln und Unterlassen, auf die sich Zimmermann/Zimmermann, Passiver Suizid?, 302–305, konzentrieren, ist gegenüber der Unterscheidung von Handeln und Verhalten mit Blick auf die Frage, ob der FVNF notwendig eine willentliche Entscheidung erfordert, sekundär.

21 Zur Empirie vgl. Nina Luisa Hoekstra, Alfred Simon: Empirische Daten zum Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, in: Coors et al., Freiwilliger Verzicht, 94–105, und Jane Lowers, Sean Hughes, Nancy J. Preston: Overview of voluntary stopping eating and drinking to hasten death, in: *Annals of Palliative Medicine* 10/3 (2021), 3611–3616, 3612.

22 Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Arianne Brinkmann-Stoppelenburg, Corine Penning, Gwen J.F. de Jong-Krul, Johannes J.M. van Delden, Agnes van der Heide: 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, in: *The Lancet* 380 (2012), 908–915, 914. Nach dieser Studie waren im Jahr 2010 0,4% der Todesfälle in den Niederlanden Fälle eines FVNF. Eine ältere Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 2,1% der Todesfälle in den Niederlanden Fälle von FVNF sind. Vgl. Boudewijn Chabot, Arnold Goedeart: A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population, in: *Social Science & Medicine* 68 (2009), 1745–1751.

23 Vgl. Sabrina Stängle, Wilfried Schnepf, Daniel Büche, André Fringer: Long-term care nurse' attitude and the incidence of voluntary stopping of eating and drinking. A cross-sectional study, in: *Journal of Advanced Nursing* 76 (2020), 526–534.

24 Diese Problematik deutet m. E. zu Recht Bernd Alt-Epping an. Vgl. ders.: Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in Abgrenzung zum Suizid. Kasuistiken und Analogien, in: Coors et al., Freiwilliger Verzicht, 157–167, 158.

Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegekräfte immer wieder mit Patienten und Patientinnen in Kontakt kommen, die einen FVNF in Betracht ziehen oder erwägen, ihn durchzuführen.²⁵

2. Zur Diskussion über die Verhältnisbestimmung von FVNF und Suizid

Bezüglich der Frage, wie der FVNF sich zum Suizid verhält, werden mindestens drei unterschiedliche Positionen vertreten. Der FVNF selbst ist dadurch definiert, dass er auf die Herbeiführung des eigenen Todes zielt. Darum liegt es nahe, den FVNF als eine Form der Selbsttötung zu verstehen, die von anderen Formen z. B. dadurch abgesetzt wird, dass man von einem «passiven Suizid»²⁶ oder einem «Suizid durch Unterlassen»²⁷ spricht. Anders als bei gewöhnlichen Suiziden findet die Selbsttötung beim FVNF allerdings ohne äussere Gewalteinwirkung und ausschliesslich durch Unterlassen statt. Darum unterscheiden andere das Herbeiführen des Todes durch den FVNF deutlich vom Suizid²⁸ und rücken ihn z. B. in die Nähe eines Unterlassens von lebenserhaltenden Behandlungen, von dem er sich allerdings dadurch unterscheidet, dass keine medizinische Behandlung, sondern die Befriedigung eines basalen menschlichen Bedürfnisses unterlassen wird. Charakteristisch ist für den FVNF, dass er grundsätzlich vollständig ohne Unterstützung anderer durchgeführt werden kann: Es braucht ausser dem Willen der betroffenen Person keine äusseren Mittel (z. B. ein tödliches Medikament), um das Herbeiführen des Todes umzusetzen. Schliesslich kann man – in Nähe zu der eben skizzierten zweiten Position – den FVNF für eine Form der selbstbestimmten Lebensbeendigung *sui generis*

25 Vgl. Hoekstra/Simon, Empirische Daten, 100f; Lowers et al., Overview, 3612; Eva E. Bolt, Martijn Hagens, Dick Willems, Bregje D. Onwuteak-Philipsen: Primary Care Patients Hastening Death by Voluntarily Stopping Eating and Drinking, in: *Annals of Family Medicine* 13 (2015), 421–428.

26 So z. B. Dieter Birnbacher, Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit = «passiver Suizid» – was folgt?, in: Coors et al., Freiwilliger Verzicht, 106–119, und ders., Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?, in: *Ethik in der Medizin* 27 (2015), 315–324.

27 So z. B. Michael Coors, Zur theologisch-ethischen Bewertung des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine evangelische Perspektive, in: Coors et al., Freiwilliger Verzicht, 120–132.

28 Vgl. Alt-Epping, Der Freiwillige Verzicht, und Oliver Tolmein, 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 et al., Freiwilliger Verzicht, 133–147.

halten, die sowohl vom Suizid als auch vom Tod durch Beendigung lebenserhaltender Therapien zu unterscheiden ist.²⁹

Ob man den FVNF für eine Form des Suizids hält, wird in der Diskussion oft von der vorausgesetzten Suiziddefinition abhängig gemacht. Birnbacher und Simon z. B. orientieren sich an der Suiziddefinition der WHO,³⁰ andere beziehen sich auf die in der Suizidpräventionsforschung verbreiteten Definition von Manfred Wolfersdorf, nach der

Suizidalität [...] die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen [ist], die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handelnlassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.³¹

Zu Recht wird aber kritisch angemerkt, dass unter dieser sehr weit gefassten Definition von Suizidalität auch der Wunsch nach der Beendigung lebenserhaltender Therapien als Ausdruck von Suizidalität gelten kann. Darum diskutieren z. B. Barbara Schneider und Uwe Sperling aus psychiatrischer Perspektive in Anlehnung an die Arbeitsgruppe von Reinhard Lindner eine enger gefasste Suiziddefinition.³²

Die grundlegende Frage allerdings ist, ob der Versuch, die Frage nach der moralischen Bewertung über eine psychologische oder psychiatrische Definition des Suizidbegriffs zu lösen, in normativer Hinsicht überhaupt weiterführen kann. Denn von der Begriffsdefinition ausgehend klären sich noch nicht die mit dem Thema verbundenen moralischen Wertungsfragen. Vielmehr scheint es angemessen, zunächst danach zu fragen, welche Unterscheidungen überhaupt in moralischer Perspektive relevant sind. Die Frage der Systematik relevanter Unterscheidungen kann nicht unabhängig von der normativen Frage behandelt werden.

29 So z. B. Gerald Neitzke, Grenzziehungen zwischen Suizid und freiwilligem Nahrungsverzicht (FVNF), in: Coors et al., *Freiwilliger Verzicht*, 148–156, und Karola Selge, Marghit Haas, *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – ethische Herausforderung aus Sicht der professionellen Pflege*, in: *Der Onkologe* 26 (2020), 43–442, 441.

30 Vgl. Birnbacher, *Sterbefasten*, 320; Alfred Simon: *Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid?*, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 19 (2018), 10 f.

31 Manfred Wolfersdorf, *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention*, Stuttgart: WBG 2000, 18. Vgl. zur Diskussion: Barbara Schneider, Uwe Sperling: *Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – aus der Sicht der Suizidologie*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 65 (2019), 227–236.

32 Vgl. Schneider/Sperling, *Der freiwillige Verzicht*, 229f, unter Bezug auf: Reinhard Lindner, Georg Fiedler, Paul Götze, *Diagnostik der Suizidalität*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 100/15 (2003), A1004–A1009.

Darum werde ich im Folgenden, ausgehend von den moralischen Wertungsfragen, eine Systematik der relevanten Fragestellungen entwerfen, in deren Kontext die Frage nach der definitiven Unterscheidung dann erst ihren Ort erhält.

3. Eine normative Systematik der Fragestellungen

Hinsichtlich der Kontroverse, ob es sich beim FVNF selbst um eine Form des Suizids handelt oder nicht, ist m. E. zunächst wesentlich zwischen dem FVNF selbst und der Begleitung eines Menschen beim FVNF zu unterscheiden, ebenso wie zwischen der Suizidhandlung und der Hilfe beim Suizid zu unterscheiden ist.³³ Denn mit Blick auf den Suizid bzw. den FVNF selbst stellen sich andere ethische Fragen als mit Blick auf die Frage, ob und unter welchen Bedingungen man beim Suizid oder beim FVNF helfen darf.

Ethische Fragen der Bewertung des Suizids oder des FVNF betreffen in erster Linie gütererethische Fragen der Lebensführung. Es geht darum, ob die selbstbestimmte gewählte Beendigung des eigenen Lebens vereinbar ist mit moralischen Vorstellungen guten Lebens. Die Beantwortung solcher Fragen nach dem Guten bleibt in liberalen Gesellschaften weitgehend den betroffenen Individuen überlassen,³⁴ die sich aber in der Beantwortung dieser Frage dann wiederum auch an

33 Vgl. zum Folgenden auch Michael Coors: Die ethische Diskussion über Suizid, Suizidhilfe und Suizidprävention in Kirche und Theologie. Perspektiven evangelischer Theologie, in: *Suizidprophylaxe* 44 (2017), 129–138.

34 Dafür steht exemplarisch die von John Rawls formulierte Regel des Vorrangs der Fragen nach dem richtigen Handeln vor Fragen nach dem guten Leben. Vgl. John Rawls: *Political Liberalism. Expanded Edition*. New York: Columbia University Press 2005, 173–176, 223–225. In diesem Sinn argumentiert auch Jürgen Habermas: *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1991, 105–108. Ich merke hier nur an, dass ich den kategorischen Vorrang der Fragen nach dem richtigen Handeln vor Fragen nach der Lebensführung nicht teile, sondern mit z. B. Paul Ricœur, Martha Nussbaum oder Charles Taylor davon ausgehe, dass eine Moral des richtigen Handelns immer auch auf geteilten Vorstellungen guten Lebens beruht. Allein die Unterscheidung bleibt damit aber trotzdem relevant. Vgl. zu meiner Position Michael Coors: *Altern und Lebenszeit. Phänomenologische und theologische Studien zu Anthropologie und Ethik des Alterns* (HuTh 78). Tübingen: Mohr Siebeck 2020, 8–16. Zur Diskussion vgl. z. B. Paul Ricœur: *Das Selbst als ein Anderer*. München: Wilhelm Fink 2005; Martha Nussbaum: *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Hg. von Herlinde Pauer-Studer. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1999; dies.: *Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2014; Charles Taylor: *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1996.

sozial und kulturell tradierten Vorstellungen guten Lebens orientieren. Dazu gehören auch religiöse Vorstellungen wie diejenigen des Christentums, die in der Theologie systematisch reflektiert werden.³⁵

Geht es aber um die Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Bedingungen man anderen dabei helfen darf, sich selbst zu töten oder einen FVNF durchzuführen, dann geht es auch um die Frage, welche moralischen Verpflichtungen man gegenüber diesen anderen Personen hat und ob diese Verpflichtungen mit der Unterstützung einer Tötungshandlung kollidieren oder diese sogar gebieten können. Dass eine anerkannte moralische Pflicht besteht, die selbstbestimmte Entscheidung anderer zu respektieren, dürfte heute weitgehend unbestritten sein. Das impliziert aber zunächst nur, dass man die andere Person nicht daran hindern darf, ihre selbstbestimmte Handlung durchzuführen, solange sie damit anderen nicht schadet.³⁶ Das gilt entsprechend auch für die selbstbestimmte Entscheidung zum Suizid oder zum FVNF: Jemanden daran zu hindern, wäre ein moralisch nicht zu rechtfertigender Eingriff in die Freiheitsrechte dieser Person.

Daraus folgt aber noch nicht, dass man auch unter allen Umständen bei der Umsetzung der Handlung helfen darf.³⁷ Denn ob die Hilfe ein moralisches Gut oder gar eine moralische Pflicht ist und ob es dem entgegenstehende moralische Güter und Pflichten gibt, muss nochmal eigens begründet werden. Darum berufen sich die meisten, die die Hilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen für moralisch zulässig halten, auf eine Pflicht zur Leidenslinderung, die im äussersten Fall dadurch zu realisieren ist, dass man anderen bei der Selbsttötung hilft.³⁸

Wenn man danach fragt, ob es weitere moralisch relevante Verpflichtungen gegenüber Menschen mit einem Suizidwunsch gibt, die gegen eine Hilfe zum Suizid sprechen, dann scheint häufig eine zumindest *prima facie* geltende Pflicht vorausgesetzt zu werden, das Leben anderer Menschen zu schützen. Anders liesse sich z. B. nicht erklären, warum die Option zum assistierten Suizid eine letzte Option sein sollte, der immer die Frage nach der Suizidprävention vorgelagert werden

35 Ich verstehe Theologie in diesem Sinne in Anlehnung und Fortführung der Arbeiten von Johannes Fischer als kritische Reflexion christlicher Moralvorstellungen. Vgl. ders.: *Theologische Ethik. Grundwissen und Orientierung*. Stuttgart: Kohlhammer 2002.

36 Dass das Schädigen anderer Personen die Grenze der Selbstbestimmung des Individuums in einer liberalen Gesellschaft darstellt, ist schon bei John Stuart Mill klar formuliert. Vgl. ders.: *On liberty – Über die Freiheit*. Englisch/Deutsch. Stuttgart: Reclam, 40–42.

37 Vgl. mit Blick auf die Suizidhilfediskussion Peter Schaber: Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid, in: *Ethik in der Medizin* 29 (2017), 97–107.

38 Auf die Probleme der Unschärfe des Leidensbegriffs nicht nur in diesem Kontext verweist allerdings zu Recht Bozzaro, *Leidensbegriff*, 93–106.

muss.³⁹ Geht man aber davon aus, dass eine Pflicht zur Leidenslinderung besteht und gleichzeitig eine Pflicht, das Leben anderer Menschen zu schützen, dann muss in jedem Einzelfall angesichts der selbstbestimmten Bitte einer Person um Hilfe bei der Selbsttötung konkret abgewogen werden, welche moralische Verpflichtung gegenüber der anderen Person grösseres Gewicht hat.⁴⁰

Dabei geht es an dieser Stelle nicht um die Diskussion und gegebenenfalls um die Begründung dieser Pflichten. Vielmehr soll deutlich gemacht werden, dass sich im Blick auf die Suizidhandlung selbst und die Hilfe bei der Suizidhandlung unterschiedliche ethische Fragen stellen. Darum darf sich die ethische Diskussion über den FVNF nicht darin erschöpfen, den FVNF mit dem Suizid zu vergleichen. Es muss vielmehr um die Frage gehen, ob die Hilfe beim Suizid sich mit der Hilfe beim FVNF vergleichen lässt.

Folglich sind in ethischer Perspektive zwei Fragen zu unterscheiden:

1. Ist der FVNF eine Form des Suizids?
2. Ist bzw. unter welchen Bedingungen ist die Begleitung eines Menschen beim FVNF eine Form der Hilfe beim Suizid?

Die zweite Frage stellt sich dabei nur, wenn man die erste Frage positiv beantwortet und den FVNF für eine Form des Suizids hält. Ist der FVNF kein Suizid, dann ist logischerweise auch die Hilfe beim FVNF keine Hilfe beim Suizid. Gleichzeitig folgt aber aus der Annahme, dass der FVNF eine Form des Suizids ist, nicht automatisch, dass eine Begleitung des FVNF mit der Hilfe beim Suizid gleichzusetzen ist. Wenn man das allerdings so sehen sollte, dann wäre die Hilfe beim FVNF moralisch der Hilfe zur Selbsttötung gleichgestellt, sodass sie in dieser Hinsicht keine Alternative darstellt.

39 In diesem Sinne z. B. Gerald Neitzke, Michael Coors, Wolf Diemer, Peter Holtappels, Johann Friedrich Spittler, Dietrich Wördehoff: Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe der Arbeitsgruppe «Ethik am Lebensende» in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM), in: *Ethik in der Medizin* 25 (2013), 349–365, 359: «Suizidhilfe ist nicht zu rechtfertigen, solange nicht alle sinnvollen Möglichkeiten der Suizidprävention ausgeschöpft sind.»

40 Diese Überlegungen habe ich mit Blick auf den assistierten Suizid aus evangelisch-theologischer Perspektive ausgeführt in Coors, Die ethische Diskussion. Vgl. auch Frank Mathwig: *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*. Zürich: TVZ 2010, 221f, sowie in diesem Band die Beiträge von Frank Mathwig und Matthias Zeindler.

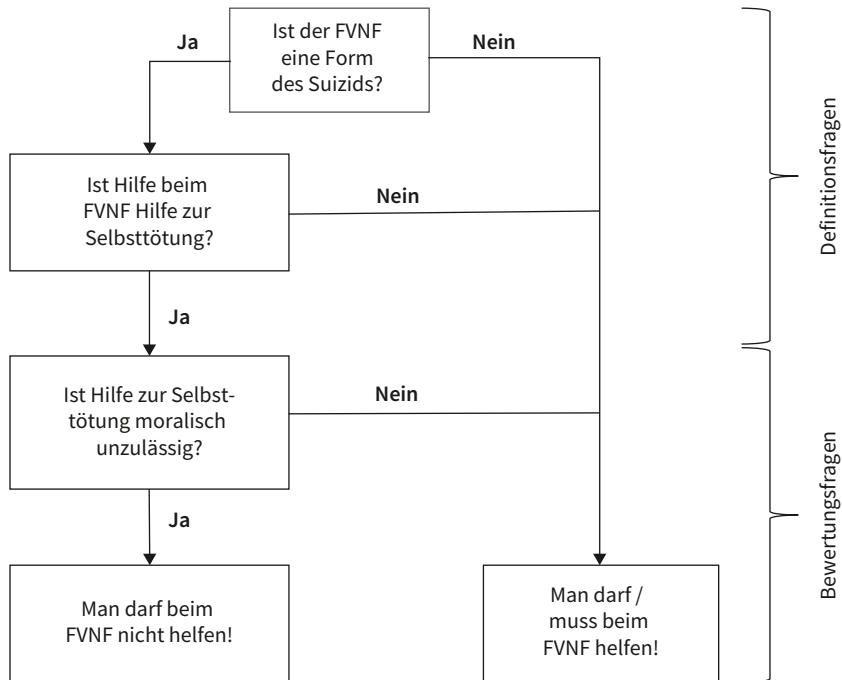


Abb. 1: Systematik der Fragestellungen

4. Zur ethischen Diskussion der Hilfe beim FVNF

Die sich aus diesen normativen Überlegungen ergebende Systematik der Fragestellungen ist in Abbildung 1 dargestellt. Im Folgenden wende ich mich nun der inhaltlichen Diskussion dieser Fragen zu.

4.1 Ist der FVNF eine Form des Suizids?

Die Beantwortung der ersten Frage in diesem Schema soll hier nicht auf der Grundlage psychologischer oder psychiatrischer Definitionen des Suizids erfolgen,⁴¹ sondern ausgehend von der moralischen Fragestellung, um die es in der Beurteilung der Entscheidung zum Suizid geht. Wenn denn der Suizid überhaupt als moralisches Problem wahrgenommen wird, dann geht es dabei in aller Regel um die Problematik des Herbeiführens des eigenen Todes und die darin sich vollziehende

⁴¹ Vgl. dazu Abschnitt 2 in diesem Beitrag.

negative Bewertung des eigenen Lebens. Der Tod kann z. B. im Horizont der religiösen Überzeugung, dass das Leben des Menschen ein von Gott geschaffenes Gut ist, als nicht erstrebenswertes moralisches Übel gelten, weil er immer die Vernichtung des Gutes des menschlichen Lebens bedeutet.⁴² In dieser Perspektive kann der eigene Tod kein moralisch erstrebenswertes, gutes Ziel des eigenen Handelns darstellen. Sehr wohl aber kann es vor diesem Hintergrund im Glauben an eine von Gott verfügte Endlichkeit des menschlichen Lebens als gut gelten, sich den Tod widerfahren zu lassen und damit das Sterben zuzulassen, solange man den Tod nicht selbst herbeiführt.⁴³ Man kann es zudem immer noch für moralisch vertretbar halten, dass das Übel des selbst herbeigeführten Todes abzuwägen ist gegen andere moralische Übel wie z. B. schwere Leidenszustände und dass in dieser Gewichtung das Übel des eigenen Todes relativ zum Kontext als das moralisch geringere Übel oder gar als Gut erscheinen kann. Man kann aber auch, in die gegenteilige Richtung argumentierend, im Horizont einer Lehre von moralischen Pflichten gegen sich selbst davon ausgehen, dass der Schutz des eigenen Lebens eine Pflicht gegen sich selbst darstellt, die dann nicht mit anderen Gütern abzuwägen wäre.⁴⁴

Wiederum ist hier nicht relevant, ob man den unterschiedlichen, hier nur sehr knapp skizzierten moralischen Bewertungen zustimmt, sondern entscheidend ist,

42 Klassisch bei Thomas von Aquin: *Summa Theologiae*. Madrid: B.A.C. 1963, II-II, q. 64, art. 5. Vgl. auch Nigel Biggar: *Aiming to Kill. The Ethics of Suicide and Euthanasia*. London: Darton Longman & Todd 2014, 47, 55f; Christoph Morgenthaler, David Plüss, Matthias Zeindler: *Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen*. Zürich: TVZ 2017, 159–161. Vgl. auch die Beiträge von Frank Mathwig und Matthias Zeindler in diesem Band. Bei Zimmermann/Zimmermann, *Lebenssatt!*, 46, begegnet das Argument in der sonst eher in der katholischen Theologie verbreiteten Fassung des Hinweises auf die «Heiligkeit des Lebens». In einer säkularisierten Form liegt diese Vorstellung der Argumentation von Ronald Dworkin: *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Alfred A. Knopf 1993, insb. 68–101 zu Grunde. Vgl. zu Darstellung und Kritik u. a. Margaret Papst Battin: *Ethical Issues in Suicide*. Englewood Cliffs: Prentice Hall 1995, 114–130.

43 Dass die Unterscheidung zwischen dem Zulassen und dem Herbeiführen des Todes für die christliche Deutung zentral ist, vertritt z. B. auch Johannes Fischer: *Sterben hat seine Zeit. Zur deutschen Debatte über die Reichweite von Patientenverfügungen*, in: *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 102 (2005), 352–370. Zur Kritik an der Einebnung dieser Unterscheidung im Utilitarismus vgl. Zimmermann/Zimmermann, *Passiver Suizid?*, 302–304. Für einen interreligiösen Vergleich aus theologischer Perspektive vgl. Michael Coors: *Ethische Positionen zur Sterbehilfe in den Weltreligionen. Ein Vergleich aus evangelisch-theologischer Perspektive*, in: *Handbuch der Religionen* XIII-14.6, und Heller, *Leben*, 105–134.

44 So sah es bekannterweise Immanuel Kant: *Die Metaphysik der Sitten* (Immanuel Kant Werkausgabe Bd. VIII). Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 554f (II, A71–73).

dass in ethischer Perspektive die zentrale Unterscheidung diejenige zwischen dem Zulassen des Sterbens und dem Herbeiführen des eigenen Todes ist. Wenn dies aber das wesentliche Kriterium für die unterschiedlichen Bewertungen z. B. des Suizids im Unterschied zum Zulassen des Sterbens im Rahmen einer Beendigung lebenserhaltender medizinischer Therapien ist, dann ist offensichtlich, dass der FVNF als eine Form des Suizids zu bewerten ist – unabhängig davon, wie man den Suizid selbst bewertet. Der FVNF zielt wie andere Formen des Suizids auf das Herbeiführen des eigenen Todes. Das macht ihn moralisch umstritten. Bei der Einstellung einer lebenserhaltenden Therapie hingegen wird das Sterben an einer tödlich verlaufenden Erkrankung zugelassen und nicht mehr durch eine medizinische Therapie verhindert. Beim Suizid und beim FVNF tritt der Tod unabhängig von einer Erkrankung ein, allein aufgrund des Handelns oder Unterlassens, das darauf gerichtet ist, diesen Tod herbeizuführen.

4.2 Ist Hilfe beim FVNF Hilfe zur Selbsttötung?

Damit steht aber noch nicht fest, dass auch die Begleitung eines Menschen beim FVNF eine Form der Hilfe zur Selbsttötung ist. Das ist schon deswegen nicht notwendigerweise der Fall, weil der Begriff der Begleitung sich auf unterschiedliche Handlungen beziehen kann. Man kann m. E. sowohl mit Blick auf den Suizid wie auch den FVNF als einer speziellen Form des Suizids unterscheiden zwischen

1. dem Begleiten eines Menschen um der Begleitung selbst willen,
2. der palliativen Begleitung unter Einbeziehung von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften, die sich ausschliesslich auf die Linderung von Leidenssymptomen konzentriert,
3. und einer Begleitung, die unmittelbar das intendierte Ziel der Herbeiführung des eigenen Todes unterstützt.

(1.) Ich gehe davon aus, dass es sich bei der seelsorglichen Begleitung von Menschen beim Suizid (durch FVNF) in den allermeisten Fällen um eine *Begleitung um der Begleitung selbst willen* handelt. Die Begleitung hat nicht zum Ziel, die begleitete Person in ihrer Handlungsabsicht des Suizids zu unterstützen, sondern erschöpft sich im Angebot einer zu gestaltenden zwischenmenschlichen Beziehung für diese letzte Lebensphase. Das Begleiten geschieht also nicht im Interesse der Realisierung eines bestimmten Ziels, sondern um des begleiteten Menschen selbst willen. In diesem Sinne kann man eine Person beim Suizid (durch FVNF) auch in der Überzeugung begleiten, dass das durch sie verfolgte Ziel, den eigenen Tod herbeizuführen, moralisch nicht akzeptabel ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Art der Begleitung – gerade im Horizont einer Professionsethik der Seelsorge – ein moralisches Gut an sich ist, und zwar insbesondere in Situationen

existenzieller Not. Dieses Gut wird in der Regel schwerer wiegen als moralische Zweifel mit Blick auf das Ziel der Suizidhandlung.

Denkbar sind allerdings auch Situationen, in denen für eine Person mit Suizidwunsch die seelsorgliche Begleitung eine notwendige Unterstützung darstellt, damit er oder sie den Suizid (durch FVNF) vollziehen kann. Die Bitte der betroffenen Person könnte dann z. B. die Form annehmen: «Bitte bleiben Sie bis zum Ende bei mir, denn allein schaffe ich das nicht!» In diesem Fall könnte die seelsorgliche Begleitung als eine Form der Suizidhilfe verstanden werden. Sie wäre dann auch nicht mehr Begleitung um der Begleitung selbst willen, sondern würde die Bereitschaft erfordern, das Ziel der Suizidhandlung selbst zu unterstützen.

(2.) Die *palliative Begleitung*, die leidenslindernde medizinische Therapien und eine pflegerische Unterstützung einschliesst, dürfte diejenige Form der Begleitung sein, die im Kontext des FVNF am häufigsten gefragt ist. Auch diese Form der Begleitung zielt nicht darauf, die betroffene Person in der Realisierung ihres Handlungsziels zu unterstützen, sondern sie zielt allein auf das Lindern von Leiden, unabhängig davon, was dieses Leiden verursacht. Im Rahmen des FVNF geht es in der Regel darum, diejenigen Leiden, die durch den Verzicht auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ausgelöst werden können, medizinisch und pflegerisch zu lindern.

Weitgehend unstrittig scheint zu sein, dass gegenüber leidenden Personen eine Hilfeleistungspflicht besteht, die Leiden dieser Person im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Möglichen und in Übereinstimmung mit dem Willen der leidenden Person zu lindern. Diese Pflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, ob die betroffene Person selbst für ihr Leiden verantwortlich ist. Sie besteht z. B. auch gegenüber der Extremsportlerin, die sich in Ausübung ihres Sports schwer verletzt, oder gegenüber dem Raucher, der infolge seines Nikotinkonsums an einer Lungenkrankheit leidet.⁴⁵ Sie gilt aber auch dann, wenn bei einem «klassischen» Suizid, der nicht unmittelbar erfolgreich war, die suizidale Person unter schweren Leidenszuständen stirbt. In diesen Situationen stünde m. E. ebenfalls ausser Frage, dass es gerade für Ärzte, Ärztinnen und Pflegende eine moralische Pflicht gibt, die Leiden dieser Person zu lindern und sie im Sterben palliativ zu begleiten. Auch die Seelsorge kann ein Aspekt solch einer multimodalen leidenslindernden Therapie sein. Sie ist dann allerdings nicht mehr Begleitung um der Begleitung selbst willen, sondern wird Teil eines integrativen gesundheitlichen Versorgungsangebots.

In all diesen Fällen wäre indes immer eindeutig, dass das intendierte Ziel der Begleitung nicht darin besteht, eine Selbsttötungsabsicht der betroffenen Perso-

⁴⁵ Hier wäre natürlich zu diskutieren, inwieweit eine Person für ein suchtgesteuertes Verhalten überhaupt verantwortlich gemacht werden kann.

nen zu unterstützen, sondern das Ziel ist allein die Linderung des Leidens einer Person, gegebenenfalls also auch die Linderung des Leidens einer Person, die daraus resultiert, dass diese Person sich selbst z. B. durch den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit töten will. Die Pflicht, Leiden zu lindern, wiegt hier schwerer als eine möglicherweise bestehende moralische Kritik am Ziel der Selbsttötung. Man kann dies als «Hilfe beim Suizid» von der «Hilfe zum Suizid» abgrenzen.⁴⁶ Bei der Hilfe beim FVNF dürfte es sich in den meisten Fällen in diesem Sinne um Hilfe *beim* Suizid handeln und nicht um Hilfe *zum* Suizid.

(3.) Von einer *Hilfe zum Suizid* (durch FVNF) kann man nur dann sprechen, wenn die Begleitung darauf gerichtet ist, das intendierte Ziel der Handlung der anderen Person – also im Falle des Suizids das Herbeiführen des eigenen Todes – zu unterstützen. So soll z. B. die Selbsttötung unterstützt werden, indem die dafür notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Klassischerweise geht es in den Diskussionen über Suizidhilfe um das Bereitstellen von tödlichen Medikamenten. Da es für die Durchführung des FVNF grundsätzlich keine solchen äusseren Mittel braucht, ist diese Form der Hilfe *zum* Suizid im Falle des Suizids durch FVNF selten.

Allerdings ist denkbar, dass die leidenslindernde Unterstützung durch einen Arzt oder eine Ärztin für eine Person wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass er oder sie bereit ist, den Weg des FVNF einzuschlagen.⁴⁷ Dann wäre die leidenslindernde Hilfe des Arztes oder der Ärztin für die Person, die den FVNF in Betracht sieht, notwendig, um das eigene Handlungsziel zu realisieren, und damit eine Hilfe *zum* Suizid.⁴⁸ Von einer Hilfe *zum* Suizid durch FVNF müsste man auch reden, wenn die betroffene Person im Voraus verfügt, dass man sie später auch gegen einen von ihr geäusserten natürlichen, also nicht mehr reflektierten, Willen davon abhalten soll, Essen oder Trinken zu sich zu nehmen.⁴⁹ Ethisch ist hier schon strittig, ob solch eine Vorausverfügung gegenüber einem aktuell geäusserten natürlichen Willen überhaupt eine Bindungswirkung entfalten könnte.⁵⁰ Wenn man aber davon aus-

46 Analog der Unterscheidung von «Hilfe beim Sterben» (z. B. palliative Begleitung) und «Hilfe zum Sterben» (Tötung auf Verlangen, Hilfe zum Suizid).

47 Auf Beispiele dafür verweist z. B. Starke, *Freiwilliger Verzicht*, 177 f.

48 Vgl. in diesem Sinne auch die Argumentation von Ralf J. Jox, Isra Black, Gian Domenico Borasio, Johanna Anneser: *Voluntary stopping of eating and drinking. Is medical support ethically justified?*, in: *BMC Medicine* 15 (2017), 186.

49 Vgl. Friederike Klein: *Wenn Menschen fasten, um zu sterben*, in: *Schmerzmedizin* 34/1 (2018), 8–10, 10.

50 Diese Fragestellung wurde bisher vor allem mit Blick auf die Wirksamkeit von Patientenverfügungen bei Menschen mit Demenz diskutiert, vgl. z. B. Dworkin, *Life's Dominion*, 218–241; Rebecca Dresser: *Dworkin on Dementia. Elegant Theory, Questionable Policy*, in: *Hastings Center Report* 25 (1995), 32–38; Ralf J. Jox, Johann S. Ach, Bettina

geht, dass solch eine Vorausverfügung bindend ist, dann wäre diese Form der Hilfe auch als Hilfe *zum* Suizid durch FVNF zu klassifizieren.

4.3 Zur moralischen Bewertung der unterschiedlichen Formen der Begleitung

Im Falle des FVNF können also alle drei Formen der Begleitung – die (1.) Begleitung um der Begleitung selbst willen, (2.) die Hilfe *beim* Suizid durch FVNF und (3.) die Hilfe *zum* Suizid durch FVNF – vorkommen. Die Begleitung um ihrer selbst willen (1.) und die Hilfe *beim* FVNF in Form palliativer Leidenslinderung (2.) sind dabei nicht nur moralisch zulässig, sie anzubieten entspricht vielmehr den moralischen Überzeugungen, dass man Menschen in existenziellen Notlagen nicht allein lässt und dass Leiden anderer zu lindern sind. Diese Formen der Begleitung sind darum auch mit Blick auf andere Formen des Suizids moralisch unstrittig.

Zu unterschiedlichen moralischen Bewertungen kommt es ausschliesslich mit Blick auf die Hilfe *zum* Suizid, weil hier zumindest die Frage im Raum stehen kann, ob es zu einer Pflichtenkollision zwischen den Pflichten der Leidenslinderung und des Lebensschutzes kommt. Der wesentliche Unterschied zwischen der Begleitung beim FVNF und anderen Formen der Suizidhilfe liegt dann vor allem darin, dass beim FVNF in der Regel die moralisch unstrittige Weise zu gewährende Hilfe durch Leidenslinderung gefragt ist. Der FVNF ist in den meisten Fällen weniger strittig, weil es in der Regel um eine Hilfe *beim* und nicht eine Hilfe *zum* Suizid geht.

Eine besondere Schwierigkeit besteht aber darin, dass die Übergänge zwischen der Hilfe *beim* FVNF und der Hilfe *zum* FVNF nicht immer trennscharf sind, zum Beispiel weil eine palliative, leidenslindernde Therapie beim FVNF *prima facie* zunächst einmal der Kategorie (2.) zuzurechnen ist, aber abhängig von den Umständen und insbesondere abhängig von den – für Aussenstehende oft nicht nachvollziehbaren – Absichten der Betroffenen auch instrumentell als Ermöglichung des Suizids durch FVNF und damit im Sinne einer Hilfe *zum* Suizid (3.) gedeutet werden kann: Ob ein Arzt oder eine Ärztin beim FVNF hilft, weil er oder sie es als Pflicht ansieht, einen Menschen, der auf diesem Weg leidet, Leidenslinderung zu

Schöne-Seifert: Der «natürliche Wille» und seine ethische Einordnung, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (2014), A394–A396; Peter Dabrock: Formen der Selbstbestimmung. Theologisch-ethische Perspektiven zu Patientenverfügung bei Demenzerkrankungen, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 53 (2007), 127–144; Michael Coors: A dementalized body? Reconsidering the human condition in the light of dementia, in: *Geriatric Mental Health Care* 1 (2013), 34–38; Dieter Birnbacher: Patientenverfügung und Advance Care Planning bei Demenz und anderen kognitiven Beeinträchtigungen, in: *Ethik in der Medizin* 28 (2016), 283–294; Daniela Ringkamp: Demenz, Persönlichkeit und Praktische Selbstverhältnisse. Eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen der Patientenautonomie Demenzbetroffener, in: *Ethik in der Medizin* 29 (2017), 119–132.

verschaffen, oder ob er oder sie dies (auch) macht, um dieser Person dabei zu helfen, das Ziel der Selbsttötung zu realisieren, lässt sich von aussen nicht feststellen.

Andererseits erklärt sich aus dieser Analyse, warum manche Ärztinnen und Ärzte die Bitte um palliative Begleitung beim FVNF durch eine weitgehend gesunde Person, die recht offensichtlich den FVNF als eine Form des Suizids begreift, zunächst (intuitiv) ablehnen. Sie verstehen diese Anfrage zu Recht als eine Bitte um Hilfe *zum* Suizid durch FVNF. In bestimmten Situationen ist der instrumentelle Charakter der Leidenslinderung als Hilfe *zum* Suizid durch FVNF besonders deutlich, z. B. wenn der FVNF unabhängig von einer schweren Erkrankung und akuten Leidenszuständen realisiert werden soll oder wenn bestimmte institutionelle Settings wie ein Hospiz oder eine Palliativstation allein mit Blick auf die leidenslindernde Unterstützung für einen geplanten FVNF im Vorhinein angefragt werden. In solchen Fällen steht zum einen offensichtlich die Absicht der Selbsttötung durch den FVNF im Vordergrund,⁵¹ zum anderen ist in diesen Fällen offensichtlich, dass die betroffene Person die palliativen Massnahmen als ein notwendiges Mittel zum Zweck versteht, um ihre Selbsttötungsabsicht zu realisieren. Klar ist andererseits, dass ein Arzt oder eine Ärztin, die zu einem späteren Zeitpunkt zu einem solchen Patienten gerufen würde, weil er oder sie im Vollzug des FVNF leidet, in der berufsethischen Pflicht wäre, diese Person leidenslindernd zu behandeln. Dann stände die Absicht der Leidenslinderung gegenüber der Unterstützung der Selbsttötungsabsicht wieder im Vordergrund.

Wenn sich hingegen ein Patient oder eine Patientin, der oder die ohnehin schon palliativ versorgt wird, entscheidet, nicht mehr zu essen und zu trinken, um dadurch ihren bzw. seinen Tod herbeizuführen, gestaltet sich der Übergang oft fließend: Im Vordergrund steht dann nicht die Unterstützung der Selbsttötungsabsicht dieser Person, sondern die Pflicht zur Weiterführung der Leidenslinderung bei diesem Patienten oder dieser Patientin, der oder die sich selbstbestimmt entschlossen hat, durch FVNF ihren bzw. seinen eigenen Tod herbeizuführen.

5. FVNF statt assistierter Suizid?

Was bedeuten diese Überlegungen nun für die Ausgangsfrage, ob der FVNF eine möglicherweise moralisch unproblematischere Alternative zum assistierten Suizid darstellt? Für diejenigen Personen, für die die Hilfe zur Selbsttötung grundsätzlich

51 Vgl. in diesem Sinne auch Starke, *Freiwilliger Verzicht*, 182 f. Allerdings halte ich es nicht für plausibel, davon auszugehen, dass in anderen Fällen die Absicht der Selbsttötung so weit in den Hintergrund rückt, dass sie nicht mehr konstitutiv für die Praxis des FVNF wäre, sodass man ihn vom Suizid abgrenzen könne (vgl. a. a. O., 181). Schliesslich bleibt der FVNF dadurch definiert, dass die Absicht die Herbeiführung des eigenen Todes ist.

moralisch unproblematisch ist, stellt konsequenterweise auch die Hilfe zum FVNF kein moralisches Problem dar. Diese Personen sind aber auch nicht in der Situation, dass sie eine moralisch unproblematischere Alternative zur Suizidhilfe suchen.

Geht man davon aus, dass die Hilfe zur Selbsttötung moralisch problematisch ist, so stellen sich mit Blick auf den FVNF und die Begleitung eines FVNF zumindest eine Reihe von ethischen Fragen, die ganz so einfach offensichtlich nicht zu beantworten sind. Wenn man Hilfe zur Selbsttötung moralisch für problematisch hält, weil man eine Person nicht dabei unterstützen will, ihren eigenen Tod herbeizuführen – z. B. weil dies mit der Pflicht kollidiert, das Leben dieser Person zu schützen –, dann wird mit Blick auf den FVNF die Frage, um welche Art von Hilfe es sich eigentlich handelt, zur Schlüsselfrage. Eine palliative, leidenslindernde Hilfe wird man einer Person, die sich durch FVNF selbst tötet, letztlich im akuten Fall aus moralischen Gründen nicht verweigern können. Das wäre m. E. auch theologisch als Verstoss gegen die im Liebesgebot ausgedrückte Pflicht zur Sorge für Notleidende zu bewerten.⁵² In den Fällen, in denen also klar ist, dass es sich ausschliesslich um leidenslindernde Massnahmen handelt und nicht um die Unterstützung des Ziels der Selbsttötung, kann der FVNF in der Tat eine Alternative darstellen.

Wenn allerdings zuvor schon Pläne für einen assistierten Suizid gefasst wurden und der FVNF statt des geplanten assistierten Suizids durchgeführt werden soll, ist offensichtlich, dass der FVNF nur eine andere Form des Suizids darstellt. Das führt zur Frage, ob die dabei geleistete Hilfe als Hilfe *zum* Suizid gilt. Ist dies der Fall, dann stellt der FVNF keine Alternative zum assistierten Suizid dar, die die moralischen Probleme der Suizidhilfe löst. Hinzu kommt, dass man davon ausgehen muss, dass der Sterbeprozess beim FVNF länger ist und auch für das gesamte Beziehungsumfeld der betroffenen Person eine weitreichende Herausforderung darstellen kann. Das hat besonders für die Rolle der Seelsorge Konsequenzen. Denn gerade der psychosozialen Begleitung des Prozesses, die auch durch die Seelsorge angeboten wird, kommt beim FVNF eine zentrale Rolle zu. In diesem Sinne kann der seelsorglichen Begleitung eines FVNF – deutlicher als bei anderen Formen des Suizids – eine diesen Prozess überhaupt erst ermöglichende Funktion zukommen. Letztlich werden sich für die seelsorgliche Begleitung beim FVNF also durchweg ähnliche Fragen stellen wie bei der Begleitung anderer Formen des Suizids.

52 Vgl. in diesem Sinne schon meine Argumentation in Coors, Zur theologisch-ethischen Bewertung, 125–127.

Michael Coors,
Sebastian Farr (Hg.)

Seelsorge bei assistiertem Suizid

Ethik, Praktische Theologie
und kirchliche Praxis

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur
für die Jahre 2021–2024 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung
Layout: Simone Ackermann, Zürich
Abbildung: Kohle, Erde, Sand © Simone Ackermann

Satz und Layout
Claudia Wild, Konstanz

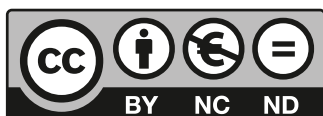
Druck
CPI books GmbH, Leck

ISBN 978-3-290-18457-5 (Print)
ISBN 978-3-290-18458-2 (E-Book: PDF)

DOI: <https://doi.org/10.34313/978-3-290-18458-2>

© 2022 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotografischen und audiovisuellen Wiedergabe, der elektronischen Erfassung sowie der Übersetzung, bleiben vorbehalten.



Creative Commons 4.0 International