

Peter Godzik

36 Jahre nach „Gramp“: Die Sterbebehinderer haben ausgespielt¹

1966, in dem Jahr, in dem ich mein Abitur machte, schrieb mein späterer Lehrer in der Praktischen Theologie, [Joachim Scharfenberg](#), einen wichtigen Beitrag in der Monatsschrift für Pastoraltheologie: „Die Freiheit zum Sterben“². Darin heißt es:

Ein christliches Ja zur Freiheit zum Sterben würde ... bedeuten, daß dem Arzt die Pflicht auferlegt wird, dem Menschen ein menschenwürdiges Sterben zu verschaffen. Das heißt aber, daß der Tod nicht aus dem öffentlichen Bewußtsein verdrängt wird, sondern daß es dem Menschen bewußt werden muß, wie sein eigener Tod die für ihn wichtigste Begebenheit seines Lebens ist. Dem Menschen müßte also ein bewußtes Sterben ermöglicht werden, bei dem auch einmal auf die letzten medizinischen Mittel zur Verlängerung des Lebens um jeden Preis verzichtet wird. Der Arzt ist nicht „dem Leben“ als einer abstrakten Größe verantwortlich, sondern dem Menschen, dessen humanitas er zu dienen hat.

Ich gestehe, dass ich auf dieses wichtige Zitat erst im Jahr 2010 gestoßen bin, als ich im Internet Recherchen zu Joachim Scharfenberg anstellte, um ihm einen Wikipedia-Artikel zu widmen. Ich war überrascht über diesen frühen Hinweis auf „ein christliches Ja zur Freiheit zum Sterben“ und über die Herausforderung, dem sterbenskranken Menschen mit Hilfe des Arztes ein bewußtes Sterben zu ermöglichen. Für mich ist klar geworden, dass es in all unseren seelsorgerlichen Bemühungen um Sterbende und ihre Angehörigen um diese „Freiheit zum Sterben“ geht.

Als ich mich durch meine berufliche Entwicklung ab dem Jahr 1987 vermehrt um das Thema „Sterbende begleiten“ kümmerte, stieß ich bald auf ein 1976 in den USA erschienenenes Buch, das 1982 ins Deutsche übersetzt worden war:

Mark und Dan Jury: [Gramp](#). Ein Mann altert und stirbt. Die Begegnung einer Familie mit der Wirklichkeit des Todes, Bonn: J.H.W. Dietz⁴1991.

In ihrer Einleitung schreiben die beiden Enkel über das Sterben ihres Großvaters:

Am 11. Februar 1974 nahm der einundachtzigjährige Frank Tugend – geistig zweifellos verwirrt, körperlich jedoch völlig gesund – sein künstliches Gebiß aus dem Mund und erklärte, daß er nichts mehr essen oder trinken wolle. Er starb drei Wochen später, auf den Tag genau. Sein Tod beendete eine drei Jahre währende Prüfung und eine ebenso lange Aufzeichnung eines schrittweisen, aber unwiderruflichen Verfalls. Mit Fotoapparat und Tonbandgerät haben wir Frank Tugends Auseinandersetzung mit jenem Übel dokumentiert, das von den einen als Vergreisung, von den anderen als Arterienverkalkung oder allgemeine [Arteriosklerose](#) bezeichnet wird. Im Alltagsleben bedeutete es, daß Frank Tugend splitternackt vor dem Aussichtsfenster im Wohnzimmer herumstand, daß er sich mit einem roten Riesenhasen unterhielt, der im Eisschrank lebte, oder daß er die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichte. Doch nichts an diesen Ereignissen ist ungewöhnlich – es gibt Abertausende von Familien in

¹ Für Martha und Herbert Menkhoff in herzlicher Verbundenheit.

² Joachim Scharfenberg, Die Freiheit zum Sterben, in: Monatsschrift für Pastoraltheologie 55 (1966) 366 ff.; im Internet zugänglich unter:
http://www.pkgodzik.de/fileadmin/user_upload/Sterbehilfe/Joachim_Scharfenberg_-_Die_Freiheit_zum_Sterben.pdf

jedem Land, die sich in diesem Augenblick mit genau dem gleichen Problem herumschlagen.

Wir waren eine dieser Familien: Frank Tugend war unser Großvater. Während der letzten drei Jahre seines Lebens haben wir seine und unsere Erfahrungen festgehalten. Und wir mußten uns – wenige Wochen vor seinem Tod – entscheiden, ob wir es zulassen sollten, daß er in ein Krankenhaus gebracht und dort künstlich ernährt würde. Aber nachdem Gramp unmißverständlich gezeigt hatte, daß er sterben wollte, beschlossen wir, daß er zu Hause sterben und seine menschliche Würde nicht verlieren sollte.

In den letzten Monaten, in denen die Leute aus unserer Gegend sicherlich glaubten, daß Gramp seinen „Verstand verloren“ hat, ließ sich bei den Tugends, wo sonst ein reges Kommen und Gehen war, kaum mehr als ein halbes Dutzend Besucher blicken. In dieser Zeit lernten wir vieles über Gramp und vieles voneinander. Doch am meisten lernte jeder von uns über sich selbst.³

Unter all den vielen Büchern, die ich im Laufe der Jahre zum Thema „Sterben“ und „Sterbebegleitung“ kennenlernte, hat mich dieses Buch immer am meisten beeindruckt und in seiner Grundaussage nie losgelassen: Menschen waren bereit, dem Sterben bewusst ins Auge zu blicken und das Unvermeidliche würdevoll und in gegenseitiger Achtung zu gestalten.

Mir fiel sofort auf, was den Unterschied zur Situation vieler Sterbender in Deutschland ausmachte: der Arzt war zwar regelmäßig anwesend, aber es fehlte der „Tropf“. Der freiwillige Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit bei „Gramp“ wurde von allen Beteiligten akzeptiert.

Damals wurde ich neugierig auf das Thema „Austrocknung“, das in Medizin und Pflege zu dieser Zeit kontrovers diskutiert wurde. Besonders aus der Schweiz kamen Hinweise aus der Pflegewissenschaft, dass [Dehydratation](#) im Sterbeprozess ein natürlicher Vorgang sei, der körpereigene [Endorphine](#) freisetze und die Patienten weitgehend schmerzfrei und zunächst bewusstseinsklar halte, bis schließlich Schläfrigkeit einsetze und dadurch ein friedliches Sterben im Tiefschlaf ermöglicht würde.

Im Jahr 2002 nahm [Johann-Christoph Student](#), der damalige Leiter des Hospizes in Stuttgart, zum Problem des Austrocknens bei sterbenden Menschen folgendermaßen Stellung:⁴

Das Thema des Zulassens einer freiwilligen Austrocknung von Menschen am Lebensende wird bislang in der Bundesrepublik leider nur wenig diskutiert. Es soll deshalb an dieser Stelle ausführlicher Stellung genommen werden. Die Menschen, an die in diesem Zusammenhang gedacht wird, leiden an einer fortschreitenden, tödlichen Erkrankung. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei um Menschen mit Krebs.

Das Reduzieren und schließlich Beenden der Nahrungszufuhr bei einem Schwerkranken wird insbesondere von den Angehörigen durchaus mit Sorge gesehen. Dennoch ist es in den meisten Fällen, in denen dies bei einem terminal kranken Menschen von diesem selbst eingeleitet wird, möglich, bei Angehörigen Verständnis für dieses Verhalten als einem allmählichen Rückzug aus dem Leben zu erkennen. Auch bei Ärzten und Pflégern wird diese Situati-

³ A.a.O., S. 7.

⁴ Johann-Christoph Student, Stellungnahme zum Problem des Austrocknens von sterbenden Menschen, Hospiz Stuttgart 2002; im Internet zugänglich unter: http://christoph-student.homepage.t-online.de/Downloads/Stell_zum_Probl_des_Austrockn.pdf?foo=0.6775424661484334

on offenbar in den meisten Fällen toleriert. – Anders sieht es bei der Flüssigkeitszufuhr aus. Das deutliche Reduzieren oder gar Beenden des Trinkens bei einem terminal kranken Menschen löst häufig bei den Angehörigen geradezu Panik aus und wird auch von den beruflich Helfenden (Ärzten wie Pflegenden) mit großer Besorgnis wahrgenommen. Da tauchen insbesondere Bilder der Durstqualen von Wüstenreisenden auf, die unter sengender Sonne ihr Leben beenden müssen.

Was dem entgegengehalten werden kann, ist einerseits, dass der Kranke ja eine eigene, willkürliche Entscheidung fällt, die er auch wieder rückgängig machen kann. Außerdem findet die Szene ja nicht in der Wüste, sondern unter der kundigen Obhut von Pflegenden in der Sicherheit der eigenen vier Wände oder im Schutz einer erfahrenen Institution statt. Dennoch: die emotionale Abwehr eines „Durst-Verhaltens“ darf nicht vernachlässigt werden, wenn wir uns selbst auch als Helfende ernstnehmen.

Deshalb geht es bei dieser Frage in erster Linie darum, was der Kranke möchte und was ethisch vertretbar ist. Aus dieser Perspektive lassen sich drei Situationen⁵ unterscheiden, aus denen heraus die Unterlassung ethisch wenig problematisch ist:

- a) Willentliche Verweigerung ausreichender Flüssigkeitsmengen durch die Patientin bzw. den Patienten am Lebensende im Rahmen einer tödlichen Krankheit.
- b) Nicht ausdrücklich beabsichtigte Verminderung der Flüssigkeitsaufnahme durch zunehmende Bewußtseinstrübung des terminal kranken Menschen.
- c) Unfähigkeit der sterbenden Patientin bzw. des sterbenden Patienten, Flüssigkeit zu sich zu nehmen aufgrund eines obstruktiven Prozesses im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereich. ...

Am unproblematischsten ist sowohl unter rechtlichen wie unter ethischen Aspekten die Situation (a). Aus der Geschichte wissen wir, daß in früheren Zeiten offenbar dieses Verhalten geradezu zum üblichen Sterberitual gehörte und Teil der „Kunst des Sterbens“ war. Unter rechtlichen Aspekten muß bedacht werden, daß grundsätzlich jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Patientin oder des Patienten durch Arzt oder Pflegekraft strafbar ist, sofern die Patientin oder der Patient dies nicht ausdrücklich autorisiert haben. Insofern darf nicht nur auf Infusionen oder Flüssigkeitszufuhr über eine Magensonde verzichtet werden, sondern es muß dies sogar so getan werden. Leider wird gegen diese Regel in deutschen Krankenhäusern noch unendlich oft verstoßen.

Auch die langsam abnehmende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr bei eintrübenden Patientinnen bzw. Patienten in der letzten Lebensphase (Fall b) halte ich für einen sehr natürlichen Vorgang. (Dies setzt allerdings voraus, daß der sterbende Mensch nicht durch Beruhigungsmittel betäubt worden ist – eine Unsitte, die leider immer noch mancherorts in der letzten Lebensphase praktiziert wird.) Nach und nach werden sämtliche Körperfunktionen eingestellt und damit benötigt die Patientin bzw. der Patient zunehmend auch weder Flüssigkeit noch Nahrung. Wenn die Patientin bzw. der Patient nicht ausdrücklich etwas anderes zu Zeiten wachen Verstandes angeordnet hat, ist davon auszugehen, daß das Unterlassen jeder forcierten Flüssigkeitszufuhr seinem Willen und Interesse entspricht.

⁵ Bewußt unberücksichtigt bleibt die Frage der Unterbrechung der Infusionstherapie bei intensivmedizinisch behandelten Patienten, die (z.B. durch ein Koma) weder zur willentlichen Flüssigkeitsaufnahme noch zur Meinungsäußerung zu dieser Frage in der Lage sind.

Die unter (c) beschriebene Situation tritt ja in der Regel nicht plötzlich ein, sondern hat eine gewisse Vorlaufphase. Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen eine entsprechende Verschlüßerkrankung zu befürchten ist, muß dies rechtzeitig angesprochen und in seinen Folgerungen mit der Patientin bzw. dem Patienten eingehend diskutiert werden. Die auf dieser Basis gefällte Entscheidung der Patientin/ des Patienten muß in jedem Falle respektiert werden.

Wichtig ist festzuhalten, daß das „allmähliche Austrocknen“ in dieser Lebensphase für Patientinnen und Patienten durchaus nicht unangenehm sein muß. Im Gegenteil: Nach allem, was an physiologischen Untersuchungen zu diesem Fragenkomplex bekannt ist, bewirkt die mit der Austrocknung einhergehende Elektrolyt-Verschiebung in der Regel auch, daß die Schmerzschwelle eher angehoben wird und damit auf diese Weise sogar eine gewisse Schmerzlinderung erreicht werden kann. Hinzu kommt, daß durch die Austrocknung die perifokalen Ödeme von Tumoren oder minderdurchbluteten Arealen verringert werden und auf diese Weise Druckscheinungen (auch Hirndruck) entgegengewirkt wird. Auch dies trägt dazu bei, daß die Patientin bzw. der Patient sich eher wohler fühlen wird.

Aus den Berichten von Menschen, die unfreiwillig an der Flüssigkeitsaufnahme gehindert wurden (z.B. bei Unglücksfällen in Wüstenregionen), wissen wir außerdem, daß bei zunehmender Austrocknung eher ein euphorischer Zustand eintritt, der sich unter Umständen auch in besonders schönen Traumerfahrungen äußert. Dies wird durch vermehrte Endorphinausschüttung in der [Exsiccose](#) erklärt. Diese vermehrte Endorphinausschüttung erklärt ebenfalls die in der Exsiccose beobachtbare Schmerzreduktion.

An weiteren positiven Effekten der Austrocknung für die Patientin bzw. den Patienten sind zu nennen:

- Reduktion der [Diurese](#) (seltenerer Nutzung von Bettpfanne oder Urinal; vermeidet häufigen Vorlagenwechsel, erspart eventuell den Urinkatheter – also insgesamt weniger Belastungen für den Sterbenden)
- Reduktion der Magensekretion (vermindertes Erbrechen)
- Reduktion der Bronchialsekretion (vermindertes Husten; weniger Absaugen erforderlich)

Unbedingt verhindert werden muß jedoch, daß eine Patientin bzw. ein Patient, bei der bzw. bei dem die Austrocknung bereits vorangeschritten ist, plötzlich doch noch forciert mit Wasser „aufgefüllt“ werden. Dies kann zu erheblichen Beschwerden, insbesondere zu schweren Schmerzzuständen führen. Insofern sollte eine einmal getroffene Entscheidung – es sei denn, die Patientin oder der Patient wünschen ausdrücklich etwas anderes – auf keinen Fall revidiert werden.

Die einzig unangenehmen Begleiterscheinungen der Austrocknung sind die Trockenheitsgefühle im Bereich der Schleimhäute. Deshalb sollten nun möglichst all jene Medikamente abgesetzt werden, die die Mundtrockenheit verstärken können. (Hierzu gehören z.B. eine ganze Reihe von Psychopharmaka.) Vor allem aber ist es wichtig, daß die Patientin bzw. der Patient in der Phase der Austrocknung ganz besonders intensive Pflege erfährt. Hierzu gehört in erster Linie eine sorgfältige und sehr häufige Mundpflege, ggf. das Angebot, den Mund wiederholt zu spülen, das Lutschen von Eisstückchen, sofern das als angenehm empfunden wird, Einbringen von 1-2 ml Wasser alle 30-60 Minuten in die abhängige Partie des Mundes und ähnliches. Oft wird von den betroffenen Menschen allerdings auch lange Zeit noch so viel Flüssigkeit „ge-

trunken“, daß diese ausreicht, um die Mundschleimhäute feucht zu halten. Auch den Lippen sowie den Nasen- und Augenschleimhäuten sollte vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet werden; ebenso den Gehörgängen und den Anal- wie Sexualöffnungen und durch geeignete Salben Beschwerden in diesem Bereich entgegengewirkt werden. Der Patientin bzw. dem Patienten nicht zwangsweise Flüssigkeit zuzuführen, darf auf keinen Fall gleichgesetzt werden mit „nichts mehr tun“. Im Gegenteil, Patient und Familie müssen das Gefühl haben, daß die Fürsorge sich mit gleicher oder gar vermehrter Intensität fortsetzt.

Gerade für die Familienangehörigen bedeutet die Beendigung der Flüssigkeitszufuhr eine erhebliche emotionale Belastung. Oftmals fühlen sie sich dem Sterbeprozess gegenüber ohnedies sehr hilflos. Nun wird ihnen auch noch die Möglichkeit genommen, Urformen der Fürsorge ausüben zu können. Nicht einmal mehr Nahrung und Flüssigkeit geben zu können, wird oftmals als Ende aller hilfreichen Beziehungsmöglichkeiten erlebt. In dieser Phase benötigen Angehörige deshalb kaum weniger Unterstützung als der Sterbende selbst. Ihnen die Möglichkeit zu geben, ihr „Nicht-handeln“ als fürsorglich zu erleben, ist wichtige Aufgabe der Begleitung. Zugleich müssen sie immer wieder die Möglichkeit bekommen, über die dabei entstehenden Gefühle offen und vertrauensvoll sprechen zu können. Darüber hinaus ist es wichtig, mit ihnen Möglichkeiten zu entwickeln, sich auf anderen Wegen und vielleicht auch auf einer anderen Ebene fürsorglich dem Sterbenden zuzuwenden. – Und schließlich ist diese Phase des Zusammenlebens dann eben auch einer der Schritte auf dem Weg zum endgültigen Abschied – jener Phase also, in der auf der körperlich-materiellen Ebene die Beziehung endet.⁶

Insgesamt läßt sich also sagen, daß die Richtschnur für die Entscheidung, ob eine forcierte Flüssigkeitszufuhr in der letzten Lebensphase erfolgen soll oder nicht, im ausdrücklichen Willen des sterbenden Menschen liegt. Seine Wünsche zu achten, auch wenn uns dies unbequem erscheint, sichert ihm im Sterben seine Würde. Das Austrocknen eines Patienten in diesem Zusammenhang zuzulassen, erfordert ein hohes Maß an pflegerischem Können und einen besonders sensiblen Umgang mit den Angehörigen.⁷

Interessant ist für mich neben all den medizinischen und pflegerischen Einzelheiten, die es beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende zu beachten gilt, die grundsätzliche geschichtliche und philosophische Erkenntnis: Willentliche Verweigerung ausreichender Flüssigkeitsmengen durch die Patientin bzw. den Patienten am Lebensende im Rahmen einer tödlichen Krankheit gehörte in früheren Zeiten zum üblichen Sterberitual und war Teil der „Kunst des Sterbens“.

Das hat auch damit zu tun, dass sich nun die Interessen des sterbenden Menschen nicht mehr „nach hinten“ in sein bisheriges Leben richten, sondern „nach vorn“ ausgerichtet sind auf das erhoffte Kommende in Gestalt seines religiösen Glaubens. Immer weiter essen und trinken und also am Leben bleiben zu wollen, verträgt sich

⁶ An dieser Stelle folgt eine Erläuterung zur Situation bei Kindern, die hier nicht wiedergegeben wird.

⁷ Bewusst ausgeklammert bleibt bei dieser Diskussion die Frage der Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr bei einem chronisch kranken Menschen (z.B. bei einem Kranken nach einem Schlaganfall mit entsprechend erschwerter Nahrungsaufnahme). Wir stehen hier auf dem Standpunkt, dass diese Menschen in der Regel nicht als Sterbende zu betrachten sind, sondern als chronisch Kranke, die alle Pflege und Unterstützung benötigen, die jetzt erforderlich ist. Entsprechendes gilt für Menschen, die bewusstlos geworden und zu klaren Willensäußerungen nicht mehr in der Lage sind. Ebenso ist es aus unserer Sicht nicht zulässig, eine bereits gelegte PEG-Sonde nicht mehr zu nutzen, wenn der Kranke zeitgleich zu keiner klaren Willensäußerung mehr fähig ist.

nicht mit dem Sterben, das ein Loslassen alles Irdischen ist. Paulus hat davon gesprochen, dass der äußere Mensch abnimmt, während der innere wächst (2. Korinther 4,16). Vielleicht muss man deshalb auch die [Maslowsche Bedürfnispyramide](#) eher auf den Kopf stellen, als weiter zu behaupten, dass die physischen Bedürfnisse auch am Lebensende die wichtigsten sind. Dem ist offensichtlich bei vielen Menschen nicht so.

Drei Jahrzehnte nach dem Buch von Mark und Dan Jury über den Entschluss ihres Großvaters, das Essen und Trinken einzustellen und damit aus dem Leben zu scheiden, ist nun das Buch von Boudewijn Chabot und Christian Walther erschienen:

[Ausweg am Lebensende](#). *Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Mit einem Geleitwort von [Dieter Birnbacher](#), München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag 2010⁸ (inzwischen: ²2011, aktualisiert ³2012).*

Dr. med. [Boudewijn Chabot](#), PhD, ist Psychiater und Sozialwissenschaftler in Haarlem, Niederlande; Dr. rer. nat. [Christian Walther](#) ist emeritierter Neurobiologe und arbeitete am Physiologischen Institut der Universität Marburg. Ihrem gemeinsamen Buch hat der Professor für Praktische Philosophie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Dieter Birnbacher ein Geleitwort gewidmet, in dem es heißt:

Der in diesem Buch beschriebene Weg des selbstbestimmten Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit ... ist kein leichter und bequemer Weg. Er wird nur teilweise den Erwartungen gerecht, die viele mit der Wunschvorstellung eines sanften und würdigen Todes verbinden. Aber dieser – in der Diskussion um die Sterbehilfe bisher vernachlässigte – Weg scheint wie kein anderer geeignet, das bei vielen älteren Menschen vorhandene Autonomiebedürfnis mit den Vorbehalten der Ärzte und der Gesellschaft gegen eine aktive Mitwirkung am Tod eines Menschen zu versöhnen. Auf der einen Seite eröffnet es dem Einzelnen die Möglichkeit, sich ein Stück weit der Naturverfallenheit seiner körperlichen Existenz zu entziehen und sein Lebensende – in den Grenzen des nach den Umständen Möglichen – in die eigene Hand zu nehmen. Auf der anderen Seite erspart es ihm selbst und anderen eine gewaltsame oder in anderer Weise ausgeprägt aktive Mitwirkung an dem zum Tode führenden Geschehen. Es überbrückt in gewisser Weise die Kluft, die in unserem Kulturbereich seit alters zwischen der spätantiken und der christlichen Auffassung vom guten Sterben bestand: zwischen dem Ideal einer rational-selbstbewussten Gestaltung des Lebens und Sterbens, die so wenig wie möglich dem Schicksal überlässt, und dem Ideal einer demütig hinnehmenden Haltung dem Leben und Sterben gegenüber, die das Lebensende vertrauensvoll in Gottes Hände legt.

In der Tradition der philosophischen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ist wohl Schopenhauer diesem Weg am nächsten gekommen. Schopenhauer kritisiert an den gewöhnlichen Formen der Lebensbeendigung aus eigenem Willen, dass sie angesichts der mit ihnen verbundenen Gewalttätigkeit in keiner Weise mit dem von ihm vertretenen Ideal einer „Selbstverneinung des Willens“ vereinbar sind. Nur den „aus dem höchsten Grade der Askese freiwillig gewählten Hungertod“ nimmt er von diesem Urteil aus – obwohl dieser, wie das vorliegende Buch zeigt, nicht nur sorgfältige Planung und Unterstützung, sondern auch einen starken Willen verlangt.⁹

⁸ Inhaltsverzeichnis im Internet zugänglich unter: <http://www.fvnf.de/sites/fvnf/files/ausweg-inhalt.pdf>

⁹ A.a.O., S. 10 f. (Geleitwort Birnbacher)

In ihrem Vorwort schreiben Chabot und Walther:

Der Titel „Ausweg am Lebensende“ bezieht sich auf die Möglichkeit, eine Leidsituation durch beabsichtigtes, vorzeitiges Sterben in Würde zu beenden. Hiermit verbinden wir, dass die Entscheidung wohlüberlegt getroffen wurde und der Tod, möglichst in Anwesenheit von Angehörigen oder Freunden, sanft (im Schlaf) eintritt, anstatt dass sich jemand – wie es so oft bei alten Menschen vorkommt – einsam und vielleicht als Folge einer überstürzten Entscheidung auf schreckliche Weise umbringt. Oft stellen sich einer humanen Verwirklichung des Sterbewunsches erhebliche Hindernisse entgegen.¹⁰ Hier kommen nicht allein „technische“, sondern auch manche rechtliche, ethische und, für Ärzte, standesrechtliche Schwierigkeiten ins Spiel. Auch in dieser Hinsicht stellt FVNF (sc. freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) einen Ausweg dar, denn man kann manche Einwände, die in Deutschland noch immer gegen Beihilfe zur Selbsttötung erhoben werden, auf sich beruhen lassen.

Dass man das Leben nach einer autonomen Entscheidung eines Tages durch FVNF beenden kann und hierfür keine schwierigen, z.T. rechtlich bedenklichen Vorbereitungen nötig sind, wird für manche etwas Befreiendes und Beruhigendes darstellen. Es gehört übrigens zu den Vorteilen von FVNF, dass man zu einem frühen Zeitpunkt wieder anfangen kann mit Essen und Trinken, wenn einem das Durchhalten zu schwerfällt oder wenn man sich aus anderen Gründen dazu entschließt, doch noch einige Zeit weiterzuleben.¹¹

Im ersten Kapitel dieses Buches stellt Chabot vier Personen vor, die durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) den Tod vorzeitig herbeiführten, und referiert vier verschiedene Positionen zum bewussten, vorzeitigen Sterben.¹² Dabei geht es auch um die Frage, ob FVNF ein natürlicher Tod sei oder eine Selbsttötung, die die Begleitenden (Angehörige, Pflegende, Ärzte) unausweichlich vor die Frage nach der „Beihilfe zum Suizid“ stellt. Walther schreibt dazu:

Dass bei FVNF der Tod durch eine Unterlassung und nicht durch ein Tun herbeigeführt wird, ist zunächst ein technischer, u.U. rechtlich bedeutsamer Unterschied. Aber dass dieser Unterschied auch ethisch relevant sei, muss bezweifelt werden. Denn eine rein prinzipielle Betrachtungsweise muss anerkennen, dass das vorzeitige Sterben ja die Verwirklichung eines Willensaktes darstellt und konsequenterweise auch FVNF eine Form der Selbsttötung darstellt, obwohl diese Bezeichnung hierzu nicht so recht passt. Für den Arzt ist es jedoch durchaus bedeutsam, dass er bei einer Begleitung von FVNF nichts tut, was er nicht auch sonst bei der Betreuung und Versorgung Schwerkranker täte. Unterstützt er jedoch eine Selbsttötung mittels Medikamenten, indem er z.B. ein Rezept hierfür ausstellt, dann tut er etwas ganz anderes als sonst. Die Frage, ob ein Tod durch FVNF eine Selbsttötung darstellt oder nicht, wird jedoch vom Gefühl möglicherweise anders beantwortet, als vom Verstand ... Das Gefühl sagt einem, dass man bei FVNF auf sozusagen natürliche Weise stirbt, da man ja nicht durch irgendeinen zerstörerischen Akt „Schluss macht“ oder „sich das Leben nimmt“, sondern nur „aufhört“ zu leben. Man kann zu

¹⁰ Ich möchte an dieser Stelle an den Sterbewunsch des Apostels Paulus erinnern: „Ich habe Lust, aus der Welt zu scheiden und bei Christus zu sein, was auch viel besser wäre; aber es ist nötiger, im Fleisch zu bleiben um eurentwillen“ (Phil. 1,23-24). Was gilt, wenn diese „Nötigung“ nicht mehr vorliegt? (Anmerkung Peter Godzik)

¹¹ A.a.O., S. 14.

¹² A.a.O., S. 17-41.

Recht fragen, ob der Tod durch Flüssigkeitsverzicht nur deshalb kein natürlicher Tod sei, weil er absichtlich herbeigeführt wird ... Es ist sicherlich ein Unterschied, ob man „Hand an sich legt“ oder natürliche, lebensnotwendige Verhaltensweisen (Essen und Trinken) einstellt, um zu sterben. Ähnlich verhält es sich, wenn man die Einnahme von Medikamenten beendet (womit „künstlich“ Qualität und Dauer des Weiterlebens gefördert werden) und „der Natur ihren Lauf“ lässt, in der – wohl oft trügerischen – Hoffnung, nun bald zu sterben. Letzteres und FVNF könnte man als „passiven“ Suizid (bzw. Versuch eines passiven Suizids) bezeichnen.¹³

In der Tat ist es erstaunlich, dass Chabot und Walther beide davon ausgehen, dass FVNF zumindest juristisch eine Selbsttötungshandlung (Suizid) darstellt, obwohl das Gefühl einem etwas ganz anderes sagt. Sie lassen sich auf eine andere Definition auch gar nicht erst ein und versuchen darzulegen, dass die Unterstützungshandlungen Dritter beim Suizid rechtlich unbedenklich sind. Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar, jedoch medizinisch (und religiös!) strittig.¹⁴ Aber es besteht wenigstens Einigkeit unter den Juristen, dass niemand einem freiverantwortlich handelnden Menschen den Eintritt in die suizidale Handlung verwehren darf.¹⁵

Was machen wir aber mit dem religiösen Einwand, das freiwillige und vorzeitige Beenden des eigenen Lebens sei „Sünde“? Hier spielt nun das „Reichweiten“-Argument aus der Diskussion über die Patientenverfügung eine Rolle. Obwohl es möglich wäre, zu jedem Zeitpunkt durch FVNF aus dem Leben zu scheiden, soll hier doch nur das Lebensende als geeigneter Zeitpunkt für FVNF betrachtet und akzeptiert werden. Es bleibt freilich eine Unsicherheit, wann denn in jedem Einzelfall das Lebensende gekommen sei – das kann mit Alter, Krankheit, Schmerzen und Einsamkeit in je individueller Ausprägung zusammenhängen. Manches davon kann durch aufmerksame Pflege und Begleitung so gestaltet werden, dass die Bereitschaft zum Weiterleben (wieder) wächst und erhalten bleibt. Aber ewig leben wir auch unter den besten Umständen nicht. Und es ist die Frage, ob wir, religiös gesprochen, Gott entgegenkommen dürfen, indem wir freiwillig auf Essen und Trinken verzichten und uns damit leichter und beweglicher machen für den Übertritt in eine andere Welt.

¹³ A.a.O., S. 128 f. (leicht verändert in der 3. Auflage!)

¹⁴ A.a.O., S. 104.

¹⁵ A.a.O., S. 106. Vgl. dazu Wolfgang Putz/ Beate Steldinger, Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung – Selbstbestimmtes Sterben, München: dtv ³2007, S. 24 f.: Der Patient hat ein uneingeschränktes Recht, über sich und sein Leben selbst zu bestimmen, vor allem aber auch über das Wann und das Wie seines Sterbens. Deshalb darf er auch Nahrung und Flüssigkeit verweigern. Er muss sich nicht „wenigstens“ ernähren lassen. Immer wieder haben uns erfahrene Pflegekräfte aus Pflegeheimen berichtet, dass alte oder kranke Menschen plötzlich sterben wollen. Dann „beschließen“ sie sozusagen, nicht mehr leben zu wollen. Sie weisen das Essen zurück. Sie wollen nicht mehr trinken. Sie haben keinen Appetit und keine Freude mehr. Diesen Willen müssen alle, auch die Pflegekräfte, respektieren. Es gibt keine Pflicht, den Patienten gegen seinen Willen zu ernähren oder mit Flüssigkeit zu versorgen. Mit dieser Äußerung entlässt der Patient alle, Angehörige, Ärzte oder Pflegekräfte, aus der Verpflichtung, für sein Leben zu „garantieren“ (juristisch die so genannte „Garantenstellung“). In einzelnen Fällen haben wir dies schriftlich in rechtswirksamer Form fixiert ... Es gibt also keine Pflicht, den Menschen vor sich selbst zu schützen (Ausnahme bei krankhafter Einschränkung seiner Einsichtsfähigkeit ...). Schon Schiller hat bekanntlich gesagt „Das Leben ist der Güter höchstes nicht!“ Es gibt nichts auf dieser Welt, was dem Sterbewillen des Patienten entgegengehalten werden kann. Der Sterbevorgang des Patienten ist auch jedermann zuzumuten. Wir müssen lernen, wieder zu akzeptieren, dass Sterben ein Vorgang ist, der nicht versteckt werden darf. Auch wenn die meisten Menschen heute nicht mehr zu Hause sterben können, so darf der Blick für die Normalität eines Sterbevorgangs nicht verloren gehen.

Warum können Engel fliegen? „Weil sie sich leicht nehmen“, hat Chesterton einmal gesagt. Und Augustinus empfahl: „Oh Mensch, lerne tanzen, sonst wissen die Engel im Himmel nichts mit dir anzufangen.“ Es gibt jedenfalls ein Festhalten am Irdischen, dass das Sterben und Hinübergehen zu Gott behindert. [Luther](#) sagt in seinem „Sermon von der Bereitung zum Sterben“ 1519:

Zum ersten. Weil der Tod ein Abschied ist von dieser Welt und all ihrem Treiben, ist es nötig, daß der Mensch sein zeitliches Gut ordentlich verteile, wie es sein muß oder wie er es anzuordnen gedenkt, damit nicht bleibe nach seinem Tod Ursache für Zank, Hader oder sonst einen Irrtum unter seinen zurückgelassenen Freunden. Und dies ist ein leiblicher oder äußerlicher Abschied von dieser Welt, und es wird Lebewohl und Abschied gegeben dem Gut.¹⁶

Schließt das etwa auch den freiwilligen Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit ein, sodass ein Abschiednehmen vom „Gut“ des eigenen Leibes möglich wird zugunsten der eigenen Seele?

Zum zweiten, daß man auch geistlich Abschied nehme. Das ist, man vergebe freundlich, rein um Gottes willen allen Menschen, die uns beleidigt haben, begehre umgekehrt auch allein um Gottes willen Vergebung von allen Menschen, deren wir viele ohne Zweifel beleidigt haben, zumindest mit bösem Exempel oder zuwenig Wohltaten, wie wir schuldig gewesen wären nach dem Gebot brüderlicher christlicher Liebe, damit die Seele nicht bleibe behaftet mit irgendeiner Angelegenheit auf Erden.¹⁷

„Damit die Seele nicht behaftet bleibe mit irgendeiner Angelegenheit auf Erden.“ Ist der freiwillige Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit eine geistliche Übung auf dem Weg zu Gott?

Zum vierten. Solches Zurichten und solche Bereitung auf diese Fahrt besteht zum ersten darin, daß man sich mit lauterer Beichte (besonders der größten Brocken, und die zur Zeit im Gedächtnis mit größtmöglichem Fleiß gefunden werden) und den heiligen christlichen Sakramenten des heiligen wahren Leibes Christi und der Ölung versorge, sie andächtig begehre und mit großer Zuversicht empfangen, wenn man sie haben kann. Wenn aber nicht, soll nichtsdestoweniger das Verlangen und Begehren derselben tröstlich sein und man darüber nicht zu sehr erschrecken. Christus spricht: „Alle Dinge sind möglich dem, der da glaubt.“ (Mk.9,23)¹⁸

Das Verlangen und Begehren des Sakramentes ist schon tröstlich, nicht erst das Empfangen! Könnte die „ars moriendi“ darin bestehen, auf alles zu verzichten und sich allein auf Gott zu richten? Darf man dann FVNF noch als „Sünde“ bezeichnen? Ich möchte jedenfalls diese Fragen gestellt haben und mich nicht damit zufrieden geben, dass FVNF einfach als suizidale Handlung gesehen wird und alle Begleitenden in Folge davon sich der „Beihilfe“, wenn auch straffrei, schuldig machen.

Im zweiten und dritten Kapitel des genannten Buches gibt Chabot nun die wichtigen und entscheidenden Informationen zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Erstens: Was man darüber wissen sollte.¹⁹ Und zweitens: Was zu tun ist.²⁰

¹⁶ Martin Luther, Sermon von der Bereitung zum Sterben, 1519; in: Karin Bornkamm/ Gerhard Ebellling (Hg.), Martin Luther, Ausgewählte Schriften, Zweiter Band, Frankfurt: Insel ²1983, S. 16.

¹⁷ Ebenda.

¹⁸ A.a.O., S. 17.

¹⁹ Ausweg am Lebensende, S. 42 ff.

²⁰ Ausweg am Lebensende, S. 59 ff.

Das Wichtigste ist auch für ihn (wie für Christoph Student) die gekonnte Mundpflege. Sie hilft, das Durstgefühl in Grenzen zu halten. Zusammenfassend beschreibt er die Maßnahmen, die den Verlauf von FVNF erleichtern und juristisch absichern:²¹

1. *Mentale Vorbereitung auf das Ende des Lebens: Damit FVNF als Weg aus dem Leben einen guten Verlauf nimmt, ist die erste und wichtigste Voraussetzung das Akzeptieren des eigenen Todes. In welcher Weise ein Mensch sich innerlich auf den nahe bevorstehenden Tod vorbereitet, hängt von seiner Weltanschauung ab. Dieses Buch beschäftigt sich jedoch hauptsächlich damit, wie ein selbstbestimmtes und würdiges Sterben verlaufen kann, und geht deshalb auf die mentale Vorbereitung nicht näher ein.*
2. *Zustimmung von Angehörigen und – wenn möglich – vom Arzt zum Entschluss, durch FVNF zu versterben: Selbst wenn jemand in der Lage ist, den eigenen Tod als etwas Unvermeidbares zu akzeptieren, ist vielleicht einer (oder sind mehrere) der Angehörigen dazu nicht bereit. Dies kann zu einem Konflikt darüber führen, ob und wie der Entschluss zu sterben in die Tat umgesetzt werden soll. In solchen Fällen ist es ganz besonders wichtig, dass der Arzt eine Diskussion mit der Familie anregt, damit gemeinsam ein Ausweg gesucht werden kann. Auch die Möglichkeit einer psychologisch-psychotherapeutischen Beratung sollte man in Betracht ziehen.*
3. *Umgang mit Hunger und Durst: Viele Erfahrungsberichte belegen, dass jemand, der nichts mehr isst, nach zwei bis vier Tagen kein Hungergefühl mehr hat, vorausgesetzt er trinkt nur Wasser. Sobald aber kleine Mengen an Kohlenhydraten aufgenommen werden, z.B. der in Erfrischungsgetränken oder in Kaugummi enthaltene Zucker, kann sich das Hungergefühl wieder einstellen.
Wenn jemand aufhören will zu trinken, ist die beste Methode nicht so eindeutig. Plötzlich überhaupt nichts mehr zu trinken fällt extrem schwer. Für viele ist es offenbar leichter, die Aufnahme von Flüssigkeit schrittweise zu reduzieren. Man kann z.B. von den üblichen 1,5 Litern Flüssigkeit ausgehend die tägliche Menge jeweils um etwa die Hälfte reduzieren, so dass man nach wenigen Tagen bereits bei einem Volumen von 50 ml angekommen ist, wie man es in der Folge weiterhin täglich mit der Mundpflege aufnimmt. Es ist aber auch möglich, die Flüssigkeitsaufnahme „nach Gefühl“ zu reduzieren ...*
4. *Mundpflege: Die Mundpflege ist von allen praktischen Maßnahmen die wichtigste, da ohne sie der FVNF normalerweise kaum zu ertragen ist. Entscheidend ist, dass die Mundpflege von Anfang an sorgfältig durchgeführt wird, sonst bilden sich durch das Austrocknen der Schleimhäute wunde Stellen und Geschwüre im Mund, die nicht mehr heilen. Abschnitt 3.1 erklärt im Detail sowie in einer Kurzübersicht, wie man das Austrocknen des Mundes verhindern, Pilzinfektionen vermeiden und sich ab und zu Erfrischungen leisten kann. Manchmal ist es auch möglich, mit einem über dem Gesicht des Patienten aufgehängten Verdunstungsgerät die Luft zu befeuchten. Zahnprothesen sollten möglichst nicht mehr im Mund verbleiben.*
5. *Weitere praktische Maßnahmen: Wird ein Patient Zuhause gepflegt, muss eine Anti-Dekubitus-Matratze ausgeliehen werden (auf Rezept bei Sanitätshäusern u.a. erhältlich). Zu Beginn von FVNF sollte man für die Entleerung des Darms sorgen, da es sonst möglicherweise zu einer Verstopfung*

²¹ A.a.O., S. 77-79.

kommt. Bei manchen Patienten ruft dies Verwirrung hervor (Delirium). Ein Katheter ist normalerweise nicht erforderlich; ggf. kann man Inkontinenzvorlagen verwenden.

6. *Medikamente zur Verbesserung des Befindens und zur Schmerzbekämpfung: Morphium kann das Befinden verbessern, kann beim Patienten aber auch zu Verwirrung führen. In diesem Fall sollte es abgesetzt bzw. die Dosis verringert werden. Falls allerdings ein Patient wegen eines schweren Leidens ohnehin Morphium erhält, so könnte die Verringerung der Dosis für ihn sehr unangenehm werden. Es ist ein bekanntes Phänomen in der Palliativpflege, dass Patienten weniger über Schmerzen klagen, wenn sie es selbst in der Hand haben, wie oft und in welcher Dosierung sie ein Schmerzmittel nehmen. Einige Ärzte verordnen in der Anfangsphase keine derartigen Medikamente. Sie sind nämlich der Meinung, der Patient müsse zunächst beweisen, dass er wirklich sterben will, indem er die erste Tagen des FVNF ohne jede Unterstützung durch Medikamente durchhält.*
7. *Rechtlich-organisatorische Vorbereitungen: Zunächst muss für Angehörige und den Arzt zweifelsfrei feststehen, dass der Patient seine Entscheidung, nun vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, freiverantwortlich getroffen hat. Es ist durchaus einiger Mühen wert, dass dies von einem Dritten, dessen Urteil juristisch gesehen Gewicht hat (etwa einem psychologischen Psychotherapeuten), schriftlich bestätigt wird. In jedem Falle muss eine sog. Modifizierung der Garantenpflicht quasi als „akute“ Patientenverfügung (siehe Vordruck im Anhang) vorgenommen werden, unabhängig davon, ob schon früher eine Patientenverfügung erstellt wurde oder nicht. Diese ist zugleich als verbindliche Willenserklärung für den Arzt, der FVNF begleiten wird, gedacht. Nicht zuletzt ist, wenn irgend möglich, einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht zu erteilen.*

Diese Zusammenfassung beansprucht keine Vollständigkeit. Häufige Besuche durch den Arzt sowie die Unterstützung durch eine in Palliativpflege erfahrene Pflegekraft werden für den Patienten und seine Familie eine große Entlastung sein. Ihre Unterstützung hilft sicherzustellen, dass das Durstgefühl erträglich bleibt und dass der Sterbende, der zwar viele Stunden döst oder schläft, auch immer wieder (so lange dies noch möglich ist) einige Zeit bei klarem Bewusstsein ist.

Im vierten Kapitel geht Chabot auf einige grundlegende Fragen bei Fasten und Flüssigkeitsverzicht ein: auf die Änderungen im Stoffwechsel, auf subjektive Erfahrungen und auf die Vertretbarkeit bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten.²²

Das fünfte Kapitel verantwortet Christian Walther. Vermutlich haben gerade an dieser Stelle die vorab befragten juristischen Experten viel zur Gestalt der erweiterten Endfassung beigetragen. Es ist für mich das am schwersten lesbare und verstehbare Kapitel des Buches: Rechtliche Fragen zum beabsichtigten, vorzeitigen Versterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.²³ Angesichts der juristischen Schwierigkeiten und Spitzfindigkeiten könnte man geneigt sein, doch lieber auf FVNF zu verzichten – vor allem, wenn man liest, was nun beim Ausstellen des Totenscheins zu beachten ist:

Da der Tod ohne die verweigerte Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit jedenfalls nicht zum gegebenen Zeitpunkt eingetreten wäre, also von einer Vor-

²² A.a.O., S. 82 ff.

²³ A.a.O., S. 102 ff. (in dritter Auflage leicht überarbeitet!)

verlegung des Todeszeitpunkts auszugehen ist und zudem der Suizid auch in den Landesgesetzen als nichtnatürlicher Tod genannt ist, muss²⁴ in der Todesbescheinigung ein nichtnatürlicher Tod attestiert werden. Diese Angabe löst eine Meldepflicht an die Justizbehörden aus, d.h. bereits der Leichenschauarzt muss, da es für ihn „Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod“ gibt, von sich aus die Polizei informieren. Diese wird am Todesort den Sachverhalt aufnehmen, und die Staatsanwaltschaft muss dann nach den Umständen des Einzelfalls entscheiden, ob Zweifel an einem freiverantwortlichen Suizid bestehen und eine weitere Klärung, insbesondere eine Obduktion, erforderlich ist. Eine zuverlässige und glaubwürdige Dokumentation ist somit auch deshalb bedeutsam, weil sie der Staatsanwaltschaft die Entscheidung für den Verzicht auf eine Obduktion erleichtert. Andernfalls verzögert sich die Freigabe des Leichnams um wenige Tage.

Angehörigen könnte die Möglichkeit, dass es zu einer Obduktion kommt, derartig unangenehm sein, dass sie den Arzt, der die Betreuung durchgeführt hat, drängen, selbst den Totenschein auszustellen und den Fall „pragmatisch“ so darzustellen, dass die suizidale Absicht des Verstorbenen nicht offenkundig wird. Diese Unkorrektheit belastet aber den Arzt und kann auch dazu führen, dass Ärzte generell nur ungern oder gar nicht zu einer FVNF-Betreuung bereit sind.²⁵

Aber: „Mut zeigt auch der Mameluck“ (Friedrich Schiller). Es ist ja gerade das Kunststück, das angesichts von Patientenverfügung und FVNF aufzubringen ist: Man darf sich von Theologen, Medizinern, Juristen (und womöglich noch einigen anderen) mit ihren jeweiligen Interessen nicht ins Boxhorn jagen lassen. Es geht um nichts weniger als die „Freiheit zum Sterben“ (Joachim Scharfenberg)! Da wird man sich durch einige Ängste und Drohgebärden wie „Suizid“ und „Verdursten“ schon hindurchmühen müssen.

Das sechste Kapitel, verantwortet von Christian Walther, liest sich wieder leichter und ermutigender: Ethische Aspekte des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit.²⁶ Es enthält auch einen hypothetischen Fall, an dem durchdekliniert wird, wie alle Beteiligten mit den in einer realen Situation auftretenden Fragen so umgehen können, dass einer Sterbewilligen der Wunsch nach einem humanen, würdevollen Tod erfüllt wird.

Das Buch schließt neben Anmerkungen, Literatur, Sach- und Personenregister mit einem Anhang, der ein Formular zur Modifizierung der Garantenpflicht enthält sowie einen Fragebogen zum Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Beforschung des Themas.

Auch existiert inzwischen eine Internetseite zum Thema FVNF: <http://www.fvnf.de>. Auf ihr teilt z.B. der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe mit, dass seine Schwiegermutter durch FVNF gestorben sei:

Auf diese Weise ist auch meine Schwiegermutter gestorben. Sie war 84, sie hatte eine partielle Demenz und einen Tumor. Sie fühlte sich nicht mehr kommunikationsfähig. Aber sie hatte keine Depression und immer noch einen klaren, festen Willen. Sie hat aber niemanden gebeten, ihr mit einem Medikament zu helfen, sondern hat sich entschieden, durch Verhungern aus dem Leben zu scheiden. Ihr Hausarzt hat sie begleitet, er fühlte sich

²⁴ In der dritten Auflage heißt es an dieser Stelle jetzt: *kann*, a.a.O., S. 119.

²⁵ A.a.O., S. 118 f.

²⁶ A.a.O., S. 120 ff.

*völlig im Recht. Ich habe ihn dabei unterstützt. Ich habe gesagt, wenn sie nicht mehr will, dann müssen wir das respektieren. ...*²⁷

Für mich wird mit dem wichtigen Buch von Chabot und Walther ein wichtiger Bogen vollendet, der mit dem nachdenklichen Beitrag von Joachim Scharfenberg begann: Freiheit zum Sterben; der über den eindrucksvoll dokumentierten Beschluss von Fritz Tugend führte, die Nahrungsaufnahme zu verweigern und das eigene Sterben anzunehmen; der Freiheitsrechte beförderte durch das Patientenverfügungsgesetz von 2009 und das Urteil des Bundesgerichtshofes zur passiven Sterbehilfe von 2010; und der schließlich mit dem Beitrag von Christoph Student 2002 sowie dem Buch von Boudewijn Chabot und Christian Walther 2010 den Nachweis erbrachte, das humane Sterben unter Achtung der Würde des Sterbenden und in liebevoller und fachkundiger Begleitung durch Ärzte, Pflegende und Angehörige möglich ist.

²⁷ <http://www.fvnf.de/aktuelles/rztepr-sident-hoppe-ber-fvnf>; vollständige Fassung des Interviews unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,707320,00.html>