

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
(Direktorin: Prof. Dr. med. habil. Britta Bockholdt)  
der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

**Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) und damit einhergehende  
rechtliche und ethische Konflikte bei der ärztlichen Leichenschau**

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des  
akademischen Grades

Doktor der Medizin

(Dr. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Universität Greifswald

2022

vorgelegt von:

Pauline  
Frankenberger  
(geb. Klamka)

geboren am:

28.05.1991

in Berlin

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Karlhans Endlich

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. Maik Gollasch

2. Gutachter: Frau Prof. Dr. Britta Bockholdt

3. Gutachter: Herr Prof. Dr. Jean-François Chenot

Ort, Raum: Kreiskrankenhaus Wolgast, AudiMax

Tag der Disputation: 20.07.2023

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1	EINFÜHRUNG IN DAS FORSCHUNGSTHEMA .....	1
1.2	FRAGESTELLUNG .....	6
1.3	ZIELSETZUNG .....	6
<b>2</b>	<b>GRUNDLAGEN .....</b>	<b>8</b>
2.1	FVNF.....	8
2.1.1	Definition.....	8
2.1.2	Freiverantwortlichkeit .....	12
2.1.3	Geschichtliche und gesellschaftliche Einordnung des Begriffs „FVNF“ .....	13
2.1.4	Physiologische Prozesse während des FVNF.....	15
2.1.5	Medizinische und pflegerische Begleitung .....	17
2.1.6	Rechtliche Aspekte .....	19
2.1.7	Häufigkeit.....	22
2.2	SUIZID .....	23
2.2.1	Definition Suizid .....	23
2.2.2	Handelt es sich bei FVNF um Suizid?.....	25
2.3	DIE TODESBESCHEINIGUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN .....	29
2.3.1	Juristischer Hintergrund .....	30
2.3.2	Aufbau und Verwendungszweck.....	31
2.3.3	Klassifizierung der Todesart .....	33
2.3.4	Todesursachenstatistik.....	35
2.3.5	Todesbescheinigungen und der FVNF .....	35
<b>3</b>	<b>MATERIAL &amp; METHODEN .....</b>	<b>38</b>
3.1	LITERATUR .....	38
3.2	AUSWAHL DES ZU ERHEBENDEN KOLLEKTIVS .....	38
3.3	VORGEHEN BEI DER DATENANALYSE .....	39
3.3.1	Demografische Einordnung (Alter, Geschlecht) .....	39
3.3.2	Todesursachen und Todesarten.....	39
3.3.3	Ermittlung der korrigierten Grunderkrankung .....	40
3.3.4	Einteilung der Leichenschauärzte in Gruppen und Ermittlung der Fachrichtung .....	42
3.3.5	Sterbeort.....	42
3.3.6	Fastendauer und Fastenart .....	43
3.3.7	Reanimation.....	44
3.3.8	Epikrise.....	44
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>45</b>
4.1	DEMOGRAFISCHER ÜBERBLICK.....	45
4.2	STERBEORT .....	46

4.3	TODESART .....	47
4.4	FACHRICHTUNG DES LEICHENSCHAUENDEN ARZTES .....	49
4.5	ÄRZTLICHES VERHÄLTNIS ZUM VERSTORBENEN .....	50
4.6	GENAUIGKEIT DER ANGABEN ZUR FASTENDAUER .....	50
4.7	FASTENDAUER.....	52
4.8	REANIMATION .....	53
4.9	TODESURSACHEN UND GRUNDERKRANKUNGEN .....	54
4.10	BEGLEITUMSTÄNDE IN DER EPIKRISE.....	56
4.11	ART DER DOKUMENTATION EINES NAHRUNGS- UND/ODER FLÜSSIGKEITSVERZICHTS .....	58
4.11.1	Epikrise.....	59
4.11.2	ICD-Code.....	62
4.12	DOKUMENTATION DES FVNF NACH ARZT-PATIENTENBEZIEHUNG .....	65
<b>5</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>67</b>
5.1	DER FVNF IM KONTEXT DER ERGEBNISSE .....	67
5.1.1	Alter & Häufigkeit .....	67
5.1.2	Fastendauer.....	69
5.1.3	Grunderkrankungen & Todesursache.....	70
5.1.4	Ärztlicher und medizinischer Umgang mit dem FVNF .....	72
5.1.5	Todesart .....	74
5.2	EMPFEHLUNGEN .....	76
5.2.1	Abgrenzung des FVNF vom Suizid.....	77
5.2.2	Rechtssicherer Umgang mit dem Sterbewunsch von FVNF-Patienten .....	81
5.2.3	Pragmatische Verfahrensweise zur Dokumentation des FVNF .....	83
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>88</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>92</b>
7.1	LITERATURVERZEICHNIS .....	92
7.2	ANHANG .....	103
7.3	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	105

### Gendergerechte Formulierung

Zur Erleichterung der Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit und aus Gründen der Praktikabilität hat sich die Autorin entschlossen, geschlechtsneutrale Formulierungen bzw. das generische Maskulinum zu verwenden. In dieser Schreibweise sind ausdrücklich sowohl männliche als auch weibliche Personen eingeschlossen, soweit nicht zu einer differenzierten Betrachtung explizit nur die männliche oder weibliche Wortform gewählt wurde.

# 1 Einleitung

## 1.1 Einführung in das Forschungsthema

Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) steht schon seit einiger Zeit in einem kontroversen Spannungsfeld, das maßgeblich durch die Diskussion um Sterbehilfe und Suizid geprägt wird. Der FVNF ist zwar in akademischen und medizinischen Kontexten schon länger bekannt, nimmt aber dort eine eher marginale Rolle ein. Dennoch zieht der FVNF in den letzten Jahren immer mehr Aufmerksamkeit auf sich, insbesondere seit 2015 mit dem §217 StGB zeitweise eine neue Gesetzesreform zur „Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ beschlossen wurde. Dieser Paragraph bedrohte denjenigen „mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren, der in der Absicht handelt, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt“ (§ 217, Absatz 1 StGB). Laut einer kritischen Stellungnahme des Deutschen Ärzteblattes im Anschluss an die Gesetzesveröffentlichung hatte dieses Gesetz das Ziel, „auf Wiederholung angelegte, organisierte Formen des assistierten Suizids durch Sterbehilfevereine oder einzelne Sterbehelfer zu unterbinden“ (Tolmein und Radbruch 2017). Konkret beabsichtigte der § 217 StGB die Unterbindung von geschäftsmäßiger Wiederholung von Suizidhilfe, also Handlungen, die mit der Absicht geschehen, die Hilfe zum Suizid zu wiederholen: „Es werden Handlungen unter Strafe gestellt, mit denen einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung geschäftsmäßig gewährt, verschafft oder vermittelt wird, wenn dies in der Absicht geschieht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern“ (Tolmein und Radbruch 2017). Drei entscheidende Situationen fielen demnach nicht unter das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe: Zum einen der Informationsaustausch über die Selbsttötung, sofern dieser Austausch nicht auf eine Förderung der Selbsttötung ausgerichtet ist, außerdem die Sterbebegleitung der palliativen Versorgung und nicht zuletzt die sogenannte Behandlungsbegrenzung mit ggf. Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, wenn der Patient diese ablehnt. Das schon im Vorfeld diskutierte Gesetz führte zu mehreren Verfassungsbeschwerden, so zum Beispiel von Patienten und Sterbehilfevereinen, die das Gesetz als zu einschränkend empfanden, und Palliativmedizinern, die befürchteten aufgrund ihrer geschäftsmäßigen Arbeit kriminalisiert zu werden (Ärzteblatt 2017). So gingen auch einige Beschwerden von Sterbehilfevereinen ein, die als beabsichtigtes Resultat des Gesetzes ihre Arbeit in Deutschland niederlegen mussten. Duttge und Plank (2017, 9) kritisierten die inkonsequente Ausarbeitung und insbesondere, dass „sich aus dem Normtext

somit nicht zweifelsfrei der Kreis der strafbewehrten Handlungen bzw. der Normadressaten erkennen lässt“. Einer der Hauptinhalte der Kritik war die Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG), welches ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, müsse im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft akzeptiert werden (Bundesverfassungsgericht 2020). Nach einigen Jahren des Aufstands und der Kritik wurde § 217 im Jahr 2020 schließlich vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. In einem Urteil vom 26.02.2020 wurde die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB folgendermaßen begründet: „Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung in § 217 Abs. 1 StGB verengt die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung in einem solchen Umfang, dass dem Einzelnen faktisch kein Raum zur Wahrnehmung seiner verfassungsrechtlich geschützten Freiheit verbleibt“ (Bundesverfassungsgericht 2020). Seither ist die Suizidassistenz straffrei und befindet sich in einer rechtlichen Grauzone. Der Deutsche Ärztetag strich daraufhin das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe aus der Musterberufsordnung, um Ärzten mehr Raum zu geben, selbstbestimmtes Sterben zu unterstützen (Bundesärztekammer, 124. Deutscher Ärztetag 2021).

Dieser Aufruhr innerhalb der deutschen Gesetzeslage sorgte nun auch in Fachkreisen beim Umgang mit dem FVNF für wachsende Unsicherheit. Über die Einordnung des FVNF als Suizid einerseits oder als Teil des natürlichen Sterbeprozesses am Lebensende andererseits wird seit Jahren unter Experten dieser Thematik debattiert. Der Paragraph 217 bedrohte zeitweise also auch medizinisches Personal strafrechtlich, welches FVNF-praktizierende Patienten betreute und ließ die große Frage offen, ob sich diese Begleitung bereits als Suizidbeihilfe oder gar als Tötung auf Verlangen darstellt. Insgesamt bewegt sich die Diskussion über den FVNF im Spannungsfeld zwischen Suizid und Palliativmedizin und muss deswegen besonders in Abgrenzung dazu definiert werden.

Laut Coors et al. (2019) ist eines der größten Probleme beim Umgang mit FVNF, dass die Diskussion zu oft im Kontext der Positionierung der geschäftsmäßig aktiven und passiven Sterbehilfe stattfindet. Dies führe zu einer unübersichtlichen Diskussion, die nicht immer

konkret auf den FVNF selbst eingeht. Außerdem werden Standpunkte zur Sterbehilfe aufgrund von fehlenden Definitionen und Abgrenzungen zum FVNF oft einfach übernommen und auf den FVNF übertragen. Deswegen ist es auch unentbehrlich, auf das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) und den Diskurs darüber einzugehen.

Insbesondere die Frage nach der suizidalen Position der Patienten rückt den FVNF stärker in den Fokus von medizin-ethischen, aber auch rechtlichen Fragen. Dementsprechend lässt sich die Thematik des FVNF nur im Rahmen der Debatte um assistierten Suizid führen, die auch mit der Aufhebung § 217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil vom 26. Februar 2020 noch nicht für beendet erklärt werden kann. Die dortige Betonung des freiheitlichen Charakters zeigt auch den Bedarf zur Ausarbeitung eines nuancierten und rechtssicheren Begriffs des FVNF, der nur durch eine vollständige Betrachtung der ethischen, rechtlichen und medizinischen Aspekte entstehen kann.

Befürworter des FVNF als natürlichen Vorgang im Sterbeprozess greifen in dem wissenschaftlichen Diskurs speziell das Recht auf selbstbestimmtes Sterben immer wieder auf und versuchen, diesen Gesichtspunkt mehr in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen. So lassen sich neben dem bereits in der fünften Auflage erschienenen und populären Buch von Chabot und Walther (2017) auch zahlreiche Beiträge aus medizinischer, theologischer, ethischer und juristischer Perspektive zu diesem Thema finden. Im Zuge der sich stets weiterentwickelnden Medizintechnik und des steigenden Alters der Bevölkerung gewinnt der FVNF gerade bei den Patienten an Bedeutung, die im fortgeschrittenen Alter noch eine gewisse Kontrolle oder Einfluss auf den Zeitpunkt und die Umstände ihres Todes behalten können oder wollen. In der akademischen Auseinandersetzung wird dem FVNF daher oft die zentrale Rolle der Autonomie innerhalb des Sterbeprozess zugeordnet. Schneider, Müller und Sperling (2020) verzeichnen die meisten Fälle des FVNF im Zusammenhang mit schweren Grunderkrankungen und gleichzeitig abnehmendem Bedarf an Nahrung und Flüssigkeit im hohen Alter. Sie erklären zusätzlich, dass sich in diesen Fällen Ähnlichkeiten zwischen FVNF und der Ablehnung anderer medizinischer Behandlungen ergeben, die von einigen Befürwortern als Hauptunterschied zum Suizid bewertet werden. Die Abgrenzung zum Suizid und folgende Einordnung des FVNF wird innerhalb der Literatur aber umstritten diskutiert, was sowohl an der ethischen Komplexität als auch an den fehlenden



Handlungskonsequenzen für den gesellschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Umgang mit dem FVNF liegt.

Die bereits aufgeworfenen Fragen werden zusätzlich durch eine fehlende einheitliche Definition von Suizidalität oder Suizid erschwert, welche dabei sowohl auf Verhalten, Erfahrungen und Emotionen eingeht. Allein in der Palliativmedizin schließt der Todeswunsch verschiedene Differenzierungen ein, die von Lebensmüdigkeit im Rahmen einer lebensbegrenzenden Erkrankung bis hin zu Suizidalität mit hohem Handlungsdruck reichen. (Ohnsorge et al. 2014). Auch innerhalb dieser Abstufungen stellt sich die Einordnung des FVNF als schwierig dar. Einerseits kann bei dem FVNF von einem ausdrücklichen Sterbewunsch die Rede sein, welcher in Verbindung mit dem Willen nach beschleunigtem Sterben stehen kann, andererseits kann er aber auch als stille und friedliche Annahme des Sterbens gewertet werden, infolgedessen das Essen und Trinken eingestellt wird.

Ebenso fällt auf, dass die fachliche Auseinandersetzung stark von der Idee der Freiwilligkeit geprägt ist, was auch schon durch den Begriff des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit selbst suggeriert wird. Birnbacher (2015) legt in seinen Forschungsarbeiten zum FVNF beispielsweise besonderen Wert auf diese Freiverantwortlichkeit. Eine Handlung sei demnach nur freiverantwortlich, wenn die Entscheidung des Individuums im Zustand der Handlungsfähigkeit, ohne äußeren Druck und im Wissen um die Folgen der eigenen Entscheidung stattfindet. Trachsel (2020) betont in gleichem Zusammenhang die Selbstbestimmungsfähigkeit, die, ähnlich wie der Begriff der Autonomie und der Freiverantwortlichkeit, die Diskussion um die Definitionen von und den Umgang mit FVNF weiterhin prägen wird. Allein der Umstand, dass der FVNF oft im Kontext einer schwerwiegenden Erkrankung stattfindet, rückt die Frage nach der Freiwilligkeit nochmal in den Mittelpunkt. Solche Erkrankungen oder deren medikamentöse Therapie führen oft zu Zuständen, in denen nicht nur das Hunger- und Durstempfinden stark eingeschränkt sind, sondern auch die Fähigkeit, Nahrung und Flüssigkeit zu konsumieren (Schneider et al. 2020). So werden in der Literatur neben Fällen von somatisch bedingter Dysphagie auch psychiatrische Erkrankungen wie Demenz, Schizophrenie oder Depression als Beispiele genannt (Schneider et al. 2020). Außerdem spielen schlechte Lebensqualität, Leiden, Müdigkeit oder Erschöpfung, Angst vor Abhängigkeit und Verlust der Autonomie sowie Lebensmüdigkeit und Sinnlosigkeit des Lebens eine Rolle bei der Entscheidung zum Tod durch FVNF (Stängle et al. 2018). In diesem Zusammenhang betont Trachsel (2020) die

Selbstbestimmungsfähigkeit, die ähnlich wie der Begriff der Autonomie die Diskussion um die Definitionen von und den Umgang mit FVNF weiterhin prägen wird. Besonders in solchen Fällen scheint es für Angehörige, Pflegepersonal oder Ärzte schwierig, eine definitive Freiverantwortlichkeit festzustellen.

Für das Behandlungsteam ist es überdies wichtig, einen institutionellen Rahmen zu haben, der Unterstützung und Raum für ein vertrauensvolles, offenes Gespräch über Umgang mit Todeswünschen, Suizidalität und Sterben bietet (Schneider et al. 2020). Dementsprechend geht es bei dem Thema FVNF neben den bereits genannten akademischen, ethischen und rechtlichen Perspektiven auch um den Umgang mit Patienten, die sich für den FVNF entscheiden. Hier ist besonders das Fehlen von Handlungsleitlinien zu nennen, welche eine fachlich angemessene Beratung zur Thematik des FVNF gewährleisten würden.

Aufgrund der relativ kleinen Gruppe an dokumentierten Todesfällen durch FVNF hat das Thema innerhalb der Palliativmedizin einen eher marginalen Stellenwert, auch wenn dieser sich laut Chabot und Walther (2017) zukünftig verändern wird. Gleichzeitig betont Walther in einem Interview, dass es in Deutschland bisher noch keine systematischen Versuche gibt, die genaue Häufigkeit von FVNF einzuschätzen (Teigeler 2018), weshalb die Inzidenz und damit auch die Bedeutsamkeit des FVNF für die Todesursachenstatistik in Deutschland noch ziemlich unklar ist. Für diese statistischen Erhebungen ist die Auswertung von Todesbescheinigung von zentraler Bedeutung. Innerhalb der deutschen Bundesrepublik sind die Richtlinien für die Ausstellung der Todesbescheinigung allerdings Ländersache, was wiederum nahelegt, dass nicht nur die Richtlinien, sondern auch die gängige Praxis im Umgang mit FVNF sich stark zwischen den Bundesländern unterscheiden könnte. In keinem der Länder ist die Kategorisierung von FVNF in eine "natürliche", "nichtnatürliche" oder "ungeklärte" Todesart und das restliche Ausfüllen der Todesbescheinigungen genau definiert. Auch in der Literatur gibt es zu dieser Frage keinen Konsens. In einer Meta-Studie weisen Klein Remane und Fringer (2013) darauf hin, dass der FVNF je nach Perspektive und Wissensstand des leichenschauenden Arztes als Behandlungsverzicht, Suizid oder natürlicher Tod verstanden werden kann. Von größter Bedeutung ist hierbei insbesondere der Umstand, dass „zwischen einer natürlichen und einer nicht-natürlichen Todesart zu unterscheiden ist“ (Tolmein 2019, 134). Die Festlegung der Todesart zieht eine jeweils andere rechtlich relevante Handlungskaskade nach sich und muss daher dringend geregelt werden.

## 1.2 Fragestellung

Der Aufbau dieser Arbeit orientiert sich maßgeblich an zwei Themenkomplexen, nämlich der Frage nach der Kategorisierung von FVNF als Suizid und der Vorgehensweise des leichenschauenden Arztes beim Ausfüllen der Todesbescheinigung.

Die Frage nach der Einordnung des FVNF beschränkt sich größtenteils auf die Literaturrecherche, in der unter anderem verschiedene Definitionen verglichen, der physiologische Prozesse beschrieben und die Häufigkeit bestimmt werden. Sowohl die Frage nach der Häufigkeit von FVNF in Deutschland, als auch „die pathophysiologischen Prozesse und die damit verbundenen physischen Symptome und psychosozialen Belastungen während des FVNF“ werden von Alt-Epping et al. (2019, 172) als Forschungsobjekte identifiziert, von denen ein Teil in dieser Arbeit aufgegriffen wird. Über die Ausarbeitung soll damit die Frage behandelt werden, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus medizinischer Sicht als Suizid zu werten ist. Dabei soll auch darauf eingegangen werden, ob die Frage nach dem Verhältnis von Suizid und FVNF eine rein akademische Debatte ist und wenn ja, welche Konsequenzen sich daraus für den rechtlichen und praktischen Umgang mit FVNF ergeben.

Der zweite wichtige Themenkomplex wird sich mit den Fragen beschäftigen, welche Vorgehensweise bei FVNF vor und nach Eintritt des Todes durch den leichenschauenden Arzt befolgt werden sollte. Ergeben sich dabei vielleicht sogar fallbezogene Unterschiede bei verschiedenen Arten des FVNF oder ist es möglich, einen generalisierten Handlungspfad für den FVNF zu entwickeln? Und wie ist der aktuelle Umgang mit den Todesbescheinigungen von FVNF-Fällen in Mecklenburg-Vorpommern? Gibt es hier eine homogene Vorgehensweise beim Ausfüllen der Todesbescheinigung, insbesondere mit der Festlegung der Todesart, oder wird das durch die Ärzte individuell gehandhabt?

## 1.3 Zielsetzung

Im Zusammenhang mit FVNF ergeben sich verschiedene ethische, rechtliche, medizinische und formale Fragen, die aufgrund der Thematik nicht nur ein gewisses Konfliktpotential haben, sondern auch noch nicht ausreichend empirisch untersucht worden sind. Diese Arbeit zielt primär auf den Umgang mit dem Ausfüllen der Todesbescheinigung ab, es soll aber auch auf die übrigen Konfliktbereiche eingegangen werden. Damit soll auch die Diskussion aufgegriffen werden, „ob auf dem Totenschein nach FVNF die Angabe - Natürlicher Tod - angemessen ist oder nicht“ Alt-Epping et al. (2019, 173). Durch eine detaillierte Auswertung

von 3548 Todesbescheinigungen im Zeitraum vom 01.01.2019 – 31.12.2019 im Landkreis Vorpommern-Greifswald soll ein Überblick über den Umgang mit FVNF in Todesbescheinigungen gegeben werden. Da der FVNF aktuell keinen eigenen ICD-Code und somit keine einheitliche Benennung hat, besteht ein vorbereitender Teil dieser Arbeit auch darin, Todesursachen zu definieren, die mit FVNF einhergehen. Hierbei liegt der analytische Fokus auf der Auswahl der Todesart, den verschiedenen Orten und Arten der Angaben zu FVNF und gewählten Diagnosen zur Todesursache im Hinblick auf die Mortalitätsstatistik. Über eine zuvor erarbeitete Liste mit Einschlusskriterien soll der Umgang mit FVNF retrospektiv betrachtet werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die medizinische Relevanz des FVNF im Landkreis Vorpommern-Greifswald zu erfassen und darzustellen, wie die aktuelle Verfahrensweise mit der Thematik „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ aussieht. Wenn dort weitreichende Defizite und Unterschiede im Umgang mit der ärztlichen Leichenschau existieren, soll eine im bestehenden gesetzlichen Kontext rechtssichere und pragmatische Handlungsweise für die ärztliche Leichenschau bei FVNF entwickelt werden.

## 2 Grundlagen

### 2.1 FVNF

#### 2.1.1 Definition

Aktuelle Studien zeigen, dass das Wissen über den FVNF in Fachkreisen noch unzureichend ist (Ivanović 2014). Gerade vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass in der Literatur kein Konsens über eine einheitliche Definition des FVNF vorliegt. Nachfolgend wird daher auf mehrere Versuche verschiedener Autoren eingegangen, den FVNF genauer zu differenzieren und von anderen Formen des Nahrungsverzichts abzugrenzen.

Chabot und Walther (2017, 12) beschreiben den FVNF als eine Möglichkeit, „das Leben vorzeitig in Würde zu beenden“ und charakterisieren den FVNF als eine Art des passiven Suizids, was auch von Birnbacher (2015) aufgefasst wird. Tolmein (2019, 138) betont zusätzlich, dass der FVNF von Anorexie, Kachexie „sowie dem bisweilen in der Terminalphase auftretendem Unvermögen, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen“ abgegrenzt werden muss. Darüber hinaus bestimmt er, dass der FVNF eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung ist, die von einer Person getroffen werden muss, die keine wesentlichen mentalen Einschränkungen hat, aber nicht zwingend lebensbedrohlich erkrankt oder hochbetagt ist. Nach Tolmein lässt sich der FVNF nicht immer klar als freiwillig identifizieren, besonders weil das Hunger- und Durstgefühl von hochbetagten, schwer kranken oder sterbenden Menschen generell abnimmt, wofür es sowohl pathologische als auch altersbedingte Gründe geben kann. Die Debatte um den FVNF fließt demnach auch in die Diskussion um den Umgang mit Ernährung am Lebensende ein.

Laut Birnbacher (2015) ist der FVNF durch drei grundlegende Bedingungen definiert, die die Entscheidung, die Absicht und Freiverantwortlichkeit abdecken:

1. Eine Person, die zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fähig ist, entscheidet sich auf beides zu verzichten.
2. Die Person beabsichtigt damit einen früheren Eintritt des Todeszeitpunktes, entweder allein durch den Verzicht auf Flüssigkeit oder durch die gemeinsame Wirkung der damit einhergehenden Schwächung und des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses.

3. Die Entscheidung ist freiverantwortlich getroffen worden, d.h. die Person ist selbstständig, frei von äußeren Zwängen und im Wissen der Tragweite ihrer Entscheidung zu dem Entschluss gekommen.

Birnbacher und Walther (2019) greifen diese verschiedenen Definitionen und Gewichtungen auf und haben ein Schema entwickelt, um diese Begrifflichkeiten zu ordnen. Sie unterscheiden demnach zwischen dem unreflektierten Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit, dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und dem Abbruch der Behandlung, worauf diese Arbeit später noch genauer eingehen wird.

Fehn und Fringer (2017) stellen in ihrem Artikel fest, dass sich der FVNF viel facettenreicher darstellt als bisher angenommen. Sie stellen daher vier spezifische Formen des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit dar, die sich jeweils nach den Dimensionen Freiwilligkeit und Art des Verzichts unterscheiden lassen. Sofern noch halbwegs klar reflektierte Entscheidungen getroffen werden können und auf dieser Grundlage die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit freiverantwortlich eingestellt wird, handelt es sich laut Fehn und Fringer (2017) um den FVNF im herkömmlichen Sinne. Wichtigstes Merkmal ist hier laut verschiedener Studien der entscheidungsfähige Patient ohne psychische oder kognitive Beeinträchtigungen, welcher FVNF absichtlich wählt und dies offen kommuniziert (Ivanović N et al. 2014; Black und Csikai 2015). Bei dieser Form des Verzichts dominieren Autonomie und Selbstständigkeit. Diese explizite Form des Verzichts ist dabei diejenige, welche auch kontroverse Diskussionen um Suizid oder natürlichen Tod aufwirft. Dem gegenüber steht die implizite Form des FVNF, welchen Fehn und Fringer (2017) als (F)VNF bezeichnen. Bei dieser Variante wird die stillschweigende Reduktion der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht eindeutig kommuniziert oder es liegt teilweise sogar ein Unvermögen vor, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die Autoren berichten, dass es sich bei dieser Form um hochbetagte Personen in der Terminal- bzw. Sterbephase handelt. Begründet wird die fehlende Kommunikation damit, dass diese Menschen den Weg entweder nur persönlich für sich wählen, ohne ihren Umkreis einbeziehen zu wollen oder, dass sie dies schlichtweg nicht mehr kommunizieren können. Diese Variante wird von außenstehenden Personen häufig als natürlicher Verlauf des Sterbens wahrgenommen und in keine Verbindung mit Suizid gebracht, denn Ablehnung von Essen und Trinken und abnehmender Appetit während des Sterbeprozesses gelten als physiologisch (Orrevall 2015). Weiterhin wird zwischen den folgenden zwei Arten des Verzichts unterschieden: FV(N)F und FVN(F).

Der FV(N)F mit Hauptaugenmerk auf der Verweigerung des Trinkens ist das weitaus seltenere Phänomen und wird von Fehn und Fringer (2017) beispielhaft anhand einer Patientin erklärt, die heimlich das Trinken einstellte, um Angehörige weiterhin in Sicherheit zu wiegen. Was für das Umfeld der Betroffenen dann nach Suizid aussah, war für die Patientin selbst stimmig und etwas Natürliches (McClement, 2005). Die deutliche bekanntere Form des Verzichts besteht im Verzicht auf Nahrung FVN(F), wie er zum Beispiel in den letzten Lebenswochen oder -tagen physiologisch auftreten kann. Appetitverlust, insbesondere in der Terminalphase, ist in der palliativen Medizin eine bekannte Erscheinung (Berry und Marcus 2000).

Stängle, Schnepf und Fringer (2019) setzten sich das Ziel, den FVNF von anderen Formen der Nahrungsverweigerung abzugrenzen. Sie untersuchten die Ähnlichkeiten und Unterschiede eines FVNF anhand einer multiplen Fallstudie und überprüften, ob die FVNF-Kriterien in diesen Fällen erfüllt waren.

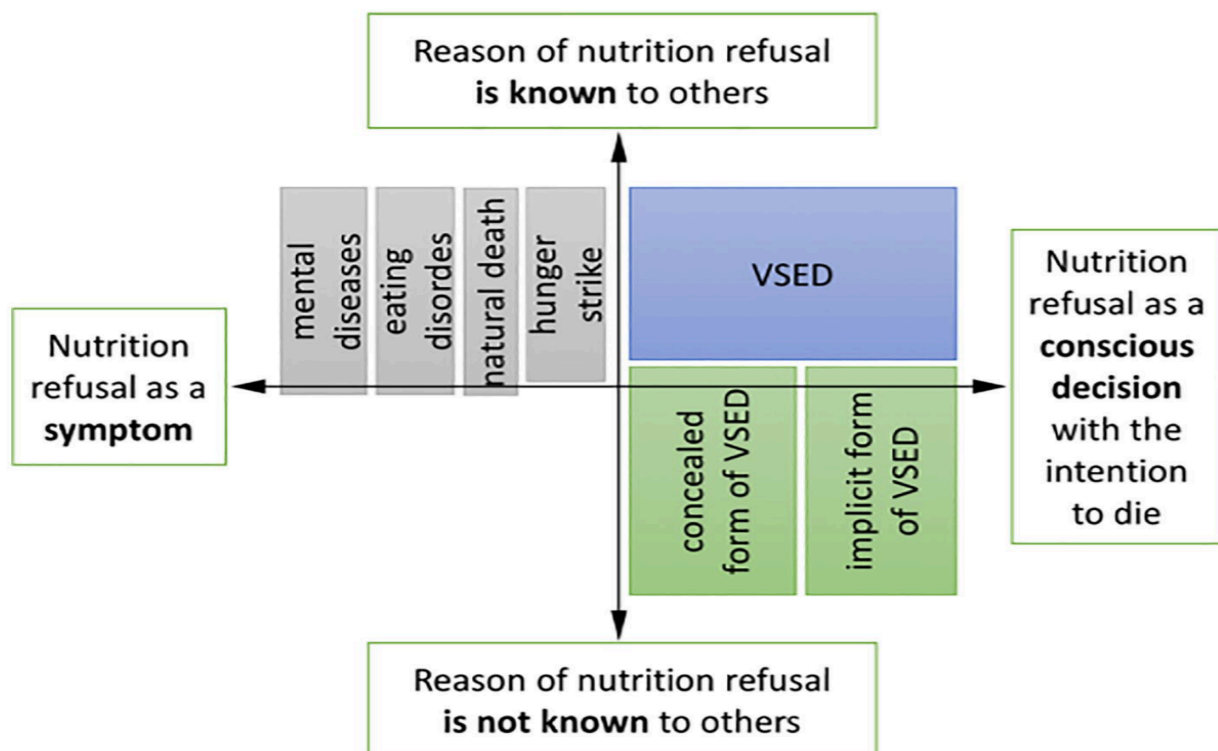


Abbildung 1 – Verschiedene Arten der Nahrungsverweigerung vs. Verschiedene Formen des FVNF  
 Die x-Achse definiert den Grund für das Nichtessen: Linksseitig als Symptom einer Grunderkrankung oder Motivation und nach rechts als bewusste Entscheidung eines Sterbewilligen. Die y-Achse zeigt, ob der Nahrungsverzicht anderen bekannt ist. Während in der oberen Hälfte die Gründe für die Essensverweigerung bekannt sind, sind sie Außenstehenden in der unteren Hälfte nicht bekannt.

*Die grau unterlegten Felder sind verschiedene aus der Literatur bekannte Formen der Nahrungsverweigerung, die vom FVNF abgegrenzt werden sollen. Drei der vier Formen liegen in der Grafik leicht über der y-Achse, da die Gründe für die Nahrungsverweigerung nicht immer von vornherein bekannt sind. Der Hungerstreik hingegen wird sofort als solcher kommuniziert.*

*(Quelle: Stängle, Schnepf und Fringer 2019).*

Die Analyse der Fallbeschreibungen zeigt deutlich, dass neben der klassischen Form des FVNF als expliziter Sterbewunsch weitere unbekannte Formen existieren. Der entscheidende Unterschied zwischen Ernährungsverweigerung und FVNF, im anglophonen Raum auch VSED genannt – *voluntary stopping of eating and drinking*, besteht laut Stängle et al. darin, dass die Verweigerung oraler Ernährung Symptom einer Krankheit oder Ausdruck einer Motivation ist. Bei dem FVNF hingegen liegt ein expliziter Sterbewunsch zugrunde. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass es neben dem klassischen FVNF noch weitere Formen gibt. Sie unterscheiden sich insbesondere darin, dass der Wunsch zu sterben oder der Grund für die Essens- und Trinkverweigerung nicht explizit kommuniziert wird. Der verborgene und der implizite FVNF sind insofern ähnlich, als dass der zugrunde liegende Wunsch zu sterben den meisten anderen nicht bekannt ist. Es werden daher keine Untersuchungen, beispielsweise zur Urteilsfähigkeit, vorgenommen. Demnach besteht hier die Gefahr, dass eine eigentlich aktive Handlung des Sterbewilligen von den Pflegekräften und Angehörigen als natürlicher Sterbeprozess fehlinterpretiert werden könnte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Begriff FVNF sehr vielschichtig und mehrdimensional sein kann und somit auch in der Literatur auf verschiedene Weise definiert wird. Fachleute kritisieren die Verwendung der Abkürzung FVNF vor allem aus inhaltlichen Gründen, da in der klinischen Praxis häufiger Fälle auftreten, die jeweils bei einem der vier Buchstaben der Abkürzung nicht zutreffen. Klar jedoch scheint der Wille zur Abgrenzung gegenüber anderen Formen der Nahrungsverweigerung zu sein, beispielsweise aus religiösen Gründen oder, aufgrund psychischer Erkrankungen wie Anorexie oder auch, weil die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme an sich durch Pathologien behindert ist. Dies beinhaltet auch indirekt die grundlegende Freiverantwortlichkeit, welche bei dem FVNF gegeben sein sollte. Ebenso wird gehäuft die Intention des Verzichts thematisiert, welche darauf abzielt, das Leben zeitnah zu beenden. Ob dieser Sterbewunsch dann klar mit der Außenwelt kommuniziert werden muss, um als FVNF bezeichnet werden zu können, ist wiederum Gegenstand kontroverser Diskussionen.



### 2.1.2 Freiverantwortlichkeit

Ebenso fällt auf, dass der Diskurs in den fachlichen Debatten stark von der Idee der Freiwilligkeit geprägt ist, was auch schon durch den gängigen Begriff des „freiwilligen“ Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit suggeriert wird. Tolmein (2019, 142) definiert den FVNF als ein „in hohem Maße Autonomie voraussetzendes Verfahren“. Auch in der Literatur zum pflegerischen Umgang mit dem FVNF betont Verhorst (2019) die Selbstbestimmung und Souveränität. Laut ihrer Darstellung bedeutet komplette Souveränität sowohl das Recht, alle angebotene Hilfe, egal ob medizinischer, psychosozialer oder spiritueller Art, abzulehnen, als auch das Recht diese später wieder anzunehmen.

Birnbacher (2015) legt besonderen Wert auf den Begriff der Freiverantwortlichkeit bei dem FVNF, was zutrifft, wenn die Entscheidung des Individuums im Zustand der Handlungsfähigkeit, ohne äußeren Druck und im Wissen um die Folgen der eigenen Entscheidung stattfindet. Allerdings ist es nicht einfach, eine solche Freiverantwortlichkeit festzustellen oder sich zu vergewissern, dass die Person den Kontext, Implikationen und alternative Handlungsmöglichkeiten wirklich kennt. Laut Coors et al. (2019, 10) ist eine Voraussetzung für Freiwilligkeit nämlich, „dass eine bewusste Entscheidung für den Verzicht getroffen wurde“. Sie betonen allerdings auch, dass dies nicht unbedingt „auf viele, häufig hochaltrige, Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen oder anderweitig schwer kranke, sterbende Patientinnen und Patienten“ zutrifft (Coors et al. 2019, 10). In solchen Fällen spielen die gesamte körperliche Verfassung sowie ein möglicherweise verringerter Bedarf an Nahrung- und Flüssigkeitszufuhr eine bedeutsame Rolle, weswegen eine klare Abgrenzung von dem FVNF und anderweitig bedingtem abnehmenden Bedarf an Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr schwierig, aber wichtig ist.

Radbruch et al. (2019, 7) betonen ebenfalls, dass, ähnlich wie bei der Bewertung der Einwilligungsfähigkeit für andere medizinische Behandlungen, auch im Falle von FVNF die Handlungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit gewährleistet sein müssen. Demnach muss der Patient fähig sein, seinem Willen Ausdruck zu verleihen (Handlungsfähigkeit). Er muss die relevanten Informationen verstehen können (Einsichtsfähigkeit) und er muss die Konsequenzen verstehen, nachvollziehen und überblicken können (Urteilsfähigkeit). Dies trifft für sie nicht zu, wenn der Verzicht auf Nahrung zum Beispiel im Zusammenhang mit Anorexia nervosa oder Appetitmangel durch gastrointestinale Symptome der Grunderkrankungen steht. Wichtiger noch sind die

Betrachtung von psychiatrischen Grunderkrankungen. Schneider (2019) beschreibt zum Beispiel, dass der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit auch als Folge von psychiatrischen Erkrankungen wie Demenz, Schizophrenie oder Depression erfolgen kann. Auch Demenz kann dazu führen, dass die Patienten durch Einschränkungen des Geruchs- und Geschmackssinns Appetitmangel haben oder durch akzessorische Symptome wie Halluzinationen die Nahrungsaufnahme vergessen. Die Frage nach der Freiverantwortlichkeit oder der Selbstbestimmungsfähigkeit, besonders bei dementen Patienten, scheint schwierig. Schneider (2019) schlägt vor, dass eine Patientenverfügung hier helfen kann, wenn sie zu einem Zeitpunkt erstellt wurde, an dem der Patient die drei Kriterien nach Radbruch et al. (2019, 7) – Handlungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit - noch erfüllt. Falls dies nicht geschehen ist und keine Patientenverfügung vorliegt, kann der mutmaßliche Wille des Patienten mit Hilfe der Familie und der medizinischen bzw. pflegenden Person rekonstruiert werden.

Trachsel (2020) bezieht die hier aufgeworfenen Fragen direkt auf den Prozess der medizinischen und pflegerischen Begleitung eines Menschen, der sich zum FVNF entscheidet. Dabei betont er ausdrücklich, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit grundsätzlich vermutet wird, aber dann geprüft wird, wenn begründbare Zweifel in Bezug auf den Entscheidungsprozess oder Situation und Zeit gegeben sind: „Je weitreichender oder dauerhafter die Konsequenzen einer Entscheidung sind, desto sorgfältiger ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Entscheidung gegeben sind“ Trachsel (2020, 104). In diesem Zusammenhang bewertet er den FVNF als eine Entscheidung mit großer Tragweite, was eine sorgfältige Evaluation der Selbstbestimmungsfähigkeit durch das medizinische und pflegerische Behandlungsteam erfordert.

### 2.1.3 Geschichtliche und gesellschaftliche Einordnung des Begriffs „FVNF“

FVNF lässt sich in vielen Kulturen und Gesellschaften finden und wird international schon länger diskutiert (Hoekstra und Simon 2019). Im nachfolgenden Abschnitt soll auf verschiedene Abkürzungen, Bezeichnungen und Zuordnungen in Zusammenhang mit dem FVNF eingegangen werden.

Die wohl erste Erwähnung des FVNF lässt sich 1997 im „JAMA- Journal of the American Medical Association“ finden. Hier wurde von Quill die englische Bezeichnung „Voluntary

Refusal of Food and Fluid (VRFF)“ gewählt (Quill 1997). Erst 2008 etablierte sich das Thema auch in deutschen Forscherkreisen. Admiraal et al. (2008) greifen dabei auf die direkte Übersetzung aus dem Englischen zurück und sprechen vom „Freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)“, um einen neuen Weg zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben aufzuzeigen. Mit dieser Begrifflichkeit wird also betont, dass eine Person eine freiverantwortliche Entscheidung zum Verzicht getroffen hat, die Intention des Sterbens bleibt aber unausgesprochen. Die Begriffe FVNF bzw. VRFF lassen genau genommen offen, ob der Mensch noch selbstständig essen und trinken kann oder nicht. Meist wird Ersteres impliziert, aber es spricht im Grunde nichts dagegen, dass auch die Situation einer Ernährung durch Dritte eingeschlossen ist. Hierbei ist zu beachten, dass Menschen manchmal unreflektiert das Essen und Trinken einstellen, ohne dass dies auf einer bewussten Entscheidung beruht, zum Beispiel im Falle einer Demenzerkrankung (Pinzon et al. 2013).

Jox führte 2018 in einer Veröffentlichung die Abkürzung „FVET“ für „Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ ein. Ein Ausdruck, der bereits seit der ersten Auflage von Chabot und Walther (2017) als Untertitel verwendet worden ist. Birnbacher und Walther (2019) sehen die Möglichkeit, dass dieser Begriff in medizinischen Kreise Deutschlands propagiert werden wird, obwohl der Begriff „FVNF“ nun bereits seit Jahren in Deutschland, der Schweiz und Österreich etabliert ist. Den Grund dafür sieht Jox in der besseren Repräsentation einer klar reflektierten Entscheidung. Der Verzicht auf Essen und Trinken beschreibt den Verzicht auf Vorgänge, die vorher noch selbstständig ausgeführt werden und konnten. „FVET“ ist die wörtliche Übersetzung des englischen Ausdrucks „VSED“ – „Voluntary Stopping Eating and Drinking“, der sich in der angelsächsischen Literatur in den letzten acht Jahren gegenüber „VRFF“ durchgesetzt hat (Quill et al. 2017, Menzel 2016, Pope et al. 2014). Doch auch hier muss die Intention des Sterbens hinzugedacht werden.

Bei dem weit verbreiteten und eher umgangssprachlichen Begriff „Sterbefasten“ wird jedoch dieses Bestreben klar zum Ausdruck gebracht, allerdings wird hier nicht explizit artikuliert, dass auch auf Trinken verzichtet wird. Bei dem Begriff „Sterbefasten“ wird kritisiert, dass mit dem „Fasten“ gewisse gesundheitliche oder auch religiöse Vorstellungen assoziiert werden, die zum Sterben nicht zu passen scheinen (Kittelberger 2018). Das Fasten blickt auf eine deutliche längere geschichtliche Bedeutung zurück: So berichten Chabot und Walther (2017, 13) von der bis heute gängigen Praxis unter Mönchen des Hinduismus oder Jainismus unter

dem Begriff des „Sterbefastens“ den frühzeitigen Tod als Zeichen spiritueller Hingabe herbeizuführen. In seiner interkulturellen Untersuchung geht Madan (1992) auf die verschiedenen asketischen Ausprägungen in christlichen, hinduistischen und jainistischen Strömungen ein und betont dabei besonders die Unterschiede zur medizinischen Perspektive auf den Tod, unter anderem durch Betrachtung von Konzepten wie Kontrolle, Freiheit, Ausdruck und Autonomie. Auf kritische Weise differenzieren Alt-Epping et al. (2019) zwischen FVNF und dem Fasten innerhalb religiös-kultischer Gruppen, bei denen das Ziel des Fastens eher selten der Tod, sondern vielmehr asketische oder ekstatische Erfahrungen sind. Laut Alt-Epping et al. (2019) importiert der Begriff des Sterbefastens also religiöse und asketische Konnotationen und überträgt sie auf den FVNF, was auf mehreren Ebenen problematisch sein kann. Zum einen betont Sterbefasten durch die semantische Einbettung in den religiös-asketischen Kontext die Leistung des Verzichts, was den Prozess des FVNF etwas positiver erscheinen lässt. Fälschlicherweise wird aber hier der Prozess vor das Ziel gestellt. Außerdem könnte der Begriff des Sterbefastens auch „im euphemistischen Sinne einen symptom- und belastungsfreien Prozess“ suggerieren (Alt-Epping et al. 2019, 9), der aber im Falle von FVNF nicht gegeben ist, da die Entscheidung zum FVNF fast immer mit zugrundeliegenden Krankheiten oder Leiden einhergeht.

#### 2.1.4 Physiologische Prozesse während des FVNF

Chabot (in Chabot und Walther 2017) erklärt, dass es keine direkten Studien über die genauen Stoffwechseleränderungen bei striktem Fasten gibt, da das Thema ethisch und rechtlich noch zu unsicher auf Beteiligte wirkt. Auch Ivanović et al. (2014) fanden keine Studie, die explizit die physiologischen Prozesse während des FVNF bei Erwachsenen am Lebensende beschreibt. Dementsprechend sind viele pathophysiologischen und biochemischen Zusammenhänge in Chabot und Walther (2017) aus anderen Arten des Fastens abgeleitet, sowie zum Beispiel aus den empirischen Studien zu Langzeit-Fasten bei der Therapie von Fettleibigkeit oder zu politisch und religiös motivierten Arten des Fastens. Der typische physiologische Verlauf kann also nur skizziert werden, auch weil der Verlauf von der Konsequenz des Verzichts abhängt. Darüber hinaus beeinflussen mögliche Grunderkrankungen und die Medikation den genauen physiologischen Prozess des FVNF.

Chabot beschreibt die physiologischen Prozesse folgendermaßen (Chabot und Walther 2017, 81-83): Fasten bedeutet eine radikale Veränderung der zellulären Physiologie und des

Stoffwechsels. Normalerweise versorgt der Blutzucker den Körper durch Glykolyse mit ausreichend Energie, d.h. der Körper verbrennt zum Beispiel Kohlenhydrate, die dann zu Glukose umgewandelt werden. Während des Fastens ist die Aufrechterhaltung des Blutzuckerspiegels zunächst auf die Glykogenspeicher in der Leber und der Skelettmuskulatur angewiesen. Nach einer Fastenzeit zwischen 24 und 72 Stunden sind die Glykogenspeicher erschöpft, was den Körper veranlasst, die Energiespeicher aus dem Fettgewebe und den Proteinspeichern zu nutzen. Gleichzeitig verschwindet das Hungergefühl nach einigen Tagen. Die drastische Veränderung des Stoffwechsels, die auf den Glykogenabbau folgt, hängt in erster Linie von der Verstoffwechslung der Fettsäuren im Fettgewebe ab, die in der Leber jeweils in Ketonkörper und Glukose umgewandelt werden. Ketonkörper werden aus freien Fettsäuren durch den Prozess der Ketogenese gebildet. Neben dem Fettkatabolismus findet in Fastenzeiten gleichzeitig der Prozess der Glukoneogenese statt, bei der das Gehirn Glukose aus Aminosäuren herstellt. Nachdem die Glykogenspeicher erschöpft sind, nimmt die Abhängigkeit der Körpergewebe von Glukose allmählich ab, da Ketonkörper für die Verstoffwechslung leichter verfügbar werden und so stellt sich der Körper vollständig auf Ketone um. Jetzt kommt es auch in manchen Fällen zur vermehrten Produktion von Endorphinen, die religiöse oder spirituelle Erfahrungsberichte erklären und zeigen, wieso Menschen in so einem Zustand Euphorie erleben können (Hamm et al. 1985). Nach vollständigem Verbrauch der Fettreserven beginnt der Körper die Proteinreserven abzubauen, was auch zu sichtlichem Muskelschwund führt. Wenn auch auf Flüssigkeiten verzichtet wird, reduziert sich die Urinproduktion auf ein Minimum, der Stuhlgang hört auf und die Schleimsekretion in der Lunge nimmt ab (Chabot und Walther 2017). Laut Verhorst (2019) hört die Urinproduktion der Nieren nach sieben Tagen des konsequenten Verzichts auf Flüssigkeit auf. Durch den Proteinabbau kommt es zu einer Steigerung von Harnstoff, der über den mangelnden Urin nicht abgeben werden kann und sich somit im Blut anhäuft. Die Niere kann den Harnstoff nicht mehr ausscheiden. Dadurch kommt es zu einer typischen Schläfrigkeit, die aber durch die Zunahme von geringen Mengen Wasser wieder über die Urinproduktion abgebaut werden kann, um Momente geistiger Klarheit wiederzuerlangen. Verhorst (2019, 42) beschreibt, dass diese Schläfrigkeit „von den meisten Menschen als ganz angenehm empfunden wird“. Laut Verhorst (2019) ist die Todesursache letztendlich Dehydrierung. In der allerletzten Stufe kommt es zu einer Veränderung der Natrium- und Kaliumkonzentration im Blut (Chabot und Walther 2017, 83). Die genaue Todesursache ist eine durch den Eintritt von Kalium-Ionen in die Herzzellen bedingte konsekutive Arrhythmie, die laut Chabot sofort zum Tod führt.

Innerhalb der Literatur wird besonders der Verzicht auf Flüssigkeit thematisiert, da dieser letztendlich ausschlaggebend für den Tod ist und in diesem Fall das Durstgefühl schwerwiegender als das Hungergefühl ist. Das Hungergefühl verschwindet nach einigen Tagen und die dadurch bedingte Ausschüttung von Substanzen mit schmerzlindernden Eigenschaften macht diesen Teil des Prozesses etwas erträglicher (Chabot und Walther 2017, 66). Das Durstgefühl wird aber als ungleich unangenehm empfunden, weswegen die richtige Mundpflege zum Beispiel auch von Chabot und Walther (2017, 66) beschrieben und dringend empfohlen wird. Laut Chabot und Walther (2017, 14) lässt sich ein erstarkendes Durstgefühl über bestimmte Mundpflege einigermaßen eingrenzen. Eine Ausnahme bilden hier jüngere Patienten, für die ein „radikaler Flüssigkeitsverzicht nicht auszuhalten ist, so dass für sie FVNF kein gangbarer Weg aus dem Leben ist“. Insgesamt ist die richtige Pflege und Reinigung des Mundmilieus für den pflegerischen Umgang mit dem FVNF sehr wichtig, da eine versehentliche Einnahme von mehr als 50ml Flüssigkeit den Sterbeprozess verlängert (Verhorst 2019).

Laut Walther dauert der Sterbeprozess bei konsequentem Flüssigkeitsverzicht, was nicht in allen Fällen zutrifft, etwa zehn bis 14 Tage, bei verzögertem Flüssigkeitsverzicht etwa 20 bis 30 Tage und bei inkonsequentem Verhalten weitaus länger (Chabot und Walther 2017). Ganzini et al. (2003) fanden in ihrer Studie, dass bei 85% der untersuchten Fälle der Todeszeitpunkt innerhalb von 15 Tagen nach Fastenbeginn eintrat. Falls der Todeszeitpunkt innerhalb der ersten sieben Tage des FVNF eintritt, ist laut Chabot und Goedhart (2009) davon auszugehen, dass die Todesursache mit der Grunderkrankung zusammenhängt. Die genaue Dauer ist noch nicht abschließend geklärt und kann auch deswegen nicht genau bestimmt werden, weil Alter, Grunderkrankung und Konsequenz des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit allesamt eine wichtige Rolle im Sterbeprozess spielen. Die Todesursache ist beim FVNF laut Tolmein (2019) meist das Nierenversagen, was sich mit den Ausführungen zuvor in der Arbeit deckt. Tolmein betont in diesem Zusammenhang auch, dass ein Tod durch Nierenversagen durchaus als natürlich zu bezeichnen ist.

### 2.1.5 Medizinische und pflegerische Begleitung

Laut Hanke (2019, 25) sind „evidenzbasierte Therapieempfehlungen oder Leitlinien zur palliativen Begleitung von sterbewilligen Menschen“ bisher nicht verschriftlicht worden, was

auch im Falle von dem FVNF darauf hinausläuft, dass der Umgang mit den physischen, psychischen und spirituellen Belangen der Patienten meist über Erfahrungswerte funktioniert. Innerhalb eines multidimensionalen Begleitungsansatzes nennt er verschiedene Möglichkeiten und wichtige Faktoren, die auf eine ganzheitliche Begleitung zielen. Dabei stehen neben Symptomlinderung und rechtlichen Aspekten auch die psychosoziale und die pflegerische Begleitung im Vordergrund. Verhorst (2019) betont ähnliche Aspekte und geht dabei insbesondere auf die Vernetzung der möglichen Beteiligten ein, sowie der Angehörigen, des begleitenden ärztlichen und pflegerischen Personals.

Die medizinische Begleitung des FVNF stellt besondere Ansprüche an die Ärzte, die neben den ethischen Aspekten auch medizinisch-rechtliche Fragen betreffen. So steht etwa zur Debatte, ob die Verabreichung bestimmter schmerzlindernder Medikamente strafrechtliche Konsequenzen haben könnte. Konkret stellt sich die Frage, ob die Behandlung von Symptomen des FVNF als Beihilfe zu einem Suizid bewertet werden kann oder eine Tötung auf Verlangen einschließt. Außerdem bleibt zu klären, ob das Angebot einer leidenslindernden Begleitung beim FVNF auch dazu beitragen könnte, dass sich mehr Menschen für einen FVNF entscheiden. Hier entstünde demnach wieder eine Spannung zur Debatte um die geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid oder gar Werbung dafür. In einigen Fällen könnte so die medizinische und pflegerische Begleitung des FVNF als eine Art Ermöglichungsbedingung gelten, ohne die ein Patient oder eine Patientin den Weg des FVNF nicht eingehen würde (Coors 2019, 129). Genau wie an anderen Stellen innerhalb dieser Debatten kommt es auch hier zu einem fließenden Übergang, diesmal zwischen dem Behandlungsziel als Leidenslinderung und als Hilfe zur Herbeiführung des eigenen Todes. In seiner ausführlichen Diskussion über die rechtlichen Bewertungen von dem FVNF, argumentiert Tolmein (2019), dass die Behandlung von Symptomen medizinisch indiziert ist und „vielmehr auf Hilfe für den im Verlauf seines FVNF behandlungsbedürftig gewordenen Sterbewilligen“ zielt. Ob der FVNF nun das Resultat einer freiwilligen Entscheidung ist, spielt rechtlich gesehen keine Rolle. Tolmein vergleicht die Behandlung von Symptomen von FVNF mit der Behandlung eines Wirbelbruchs als Resultat eines Fallschirmsprungs oder eines Reitausflugs. Die eigentliche Motivation und Freiwilligkeit der Handlung spielt bei der Symptombehandlung keine Rolle. Darüber hinaus und im Hinblick auf den ehemaligen § 217 StGB zielt die Behandlung der Symptome auch nicht auf die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, weswegen die medizinische Behandlung grundsätzlich nicht strafbar ist.

Die pflegerische Begleitung beim FVNF fokussiert sich hauptsächlich auf die Mundpflege, die Abmilderung der Hungergefühle durch rektale Maßnahmen und Darmentleerung, sowie der Umgang mit sich verändernder Wahrnehmung, Verwirrtheit und Unruhe (Verhorst 2019). Anstatt auf alle Aspekte der pflegerischen Begleitung einzugehen, soll hier exemplarisch auf die Mundpflege eingegangen werden, die zu den wichtigsten Elementen gehört. Chabot und Walther (2017, 78) bestätigen, dass ohne Mundpflege „der FVNF normalerweise kaum zu ertragen ist“. Das Durstgefühl, das primär wegen trockener Schleimhäute entsteht, kann durch verschiedene Maßnahmen eingedämmt werden, nämlich durch Präparate, die den Speichelfluss anregen und solche, die den Speichel ersetzen sollen (Chabot und Walther 2017, 66). Die meisten dieser Präparate sind frei erhältlich, so wie zerkleinertes Eis, zuckerfreier Kaugummi oder speicheleretzende Gels aus der Apotheke. Darüber hinaus können weitere Mittel eingesetzt werden, um den Mundraum zu reinigen und einer Pilzinfektion vorzubeugen, so wie alkoholfreie Chlorhexidinlösung (Chabot und Walther 2017, 69). Besonders der mögliche Keim- und Pilzbefall durch trockene Schleimhäute erschwert den Tod durch FVNF. Insgesamt ist die richtige Pflege und Reinigung des Mundmilieus für den pflegerischen Umgang mit dem FVNF sehr wichtig, da eine versehentliche Einnahme von mehr als 50 ml Flüssigkeit den Sterbeprozess verlängert (Verhorst 2019).

#### 2.1.6 Rechtliche Aspekte

Es gibt eine Reihe rechtlicher Fragestellungen, die sich im Kontext von FVNF ergeben von denen nur einige hier aufgegriffen werden. Laut Tolmein (2019) gibt es in keinem der Länder in denen FVNF diskutiert wird, eine klare und explizite Rechtsprechung zum FVNF, d.h. weder in Großbritannien, der Schweiz, den Niederlanden oder mehreren US-Bundesstaaten gibt es Rechtsprechungen, die den FVNF ausdrücklich regulieren. In der Schweiz gibt es die Möglichkeit einer Patientenverfügung, mit Hilfe derer ein Patient sich zum Beispiel im Falle einer schwerwiegenden Demenz ausdrücklich gegen eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr aussprechen kann, wenn er diese nicht mehr selbst regeln kann und welche auch dann noch gilt, wenn reflexartige Bewegungen oder Verhaltensmuster Durst und/oder Hunger suggerieren (Wettstein 2015). In Deutschland wird als Patientenverfügung in § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB die Einwilligung oder Untersagung „in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen [...], Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe“ definiert. Gem. § 1901a Absatz 3 BGB gilt dieser



Absatz unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten. Damit wird eine so genannte Reichweitenbeschränkung, beispielsweise nur auf tödlich verlaufende Erkrankungen oder nur bei unumkehrbarem Bewusstseinsverlust, abgelehnt. Somit kann in einer Patientenverfügung grundsätzlich die Unterlassung jeder medizinischen Maßnahme gefordert werden, also auch solcher, die eine Genesung oder wenigstens eine längere Lebenszeit erwarten lassen. Besondere Probleme können jedoch entstehen, wenn Patientenverfügungen den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen für den Fall einer späten Demenzerkrankung enthalten, der tatsächlich dement gewordene Patient dann aber Anzeichen von Lebensfreude zeigt. Dies zieht eine erneute Prüfung des vermutlichen Patientenwillens sich. In diesem Fall, wenn eine Person mit einer Erkrankung oder Behinderung seine „Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen“ kann (§ 1896 Absatz 1 BGB), muss eine im Sinne des Patienten entscheidende Betreuungsperson festgelegt werden.

Weiterhin gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Therapieverfahren und Diagnostik medizinisch nicht mehr sinnvoll sind und Begrenzungen geboten sind. Ziel ist es den Beginn eines offensichtlichen Sterbevorgang nicht durch lebensverlängernde Therapien zu beeinflussen (Ärzteblatt 2011). Diese Behandlungsbegrenzung z. B. in Form des Verzichts auf künstliche Ernährung oder das Abschalten eines Beatmungsgeräts ist zulässig, wenn die lebenserhaltenden Maßnahmen nicht bzw. nicht mehr indiziert sind oder sie dem aktuellen oder früher erklärten Willen des Patienten nicht bzw. nicht mehr entsprechen (§ 1901a BGB und § 630d Abs. 1 BGB).

Wenn diese Form des passiven Sterbenlassens einen für den Patienten leidensvollen langen Weg beinhaltet, der Patient aber bereits einen ausgeprägten Sterbewillen hat, gibt es weiterhin die Möglichkeit der Beihilfe zum Suizid. Die Suizidassistenz umfasst Handlungen, die eine Person dabei unterstützt, ihren Wunsch sich selbst zu töten, in die Tat umzusetzen, beispielsweise durch die konkrete Anleitung zum Suizid oder das Verschreiben, Überlassen oder sonstige Verschaffen eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung (Wittwer, 2021). Die rechtliche Bewertung von ärztlichen Handlungen im Zusammenhang mit einem Suizid hängt entscheidend von der Freiverantwortlichkeit der Suizidhandlung ab. Ein Suizid ist nach der Rechtsprechung nicht freiverantwortlich, wenn dem Suizidenten die Einsichts- oder Urteilsfähigkeit fehlt, das heißt die Fähigkeit, die Tragweite und Bedeutung seines Entschlusses zur Selbsttötung zu erkennen, oder die Fähigkeit abzuwägen und sich nach seiner Einsicht zu richten. Er ist ebenfalls nicht freiverantwortlich, wenn der Entschluss zur

Selbsttötung auf Zwang, Drohung oder Täuschung beruht, es an einer tieferen Reflexion über den eigenen Todeswunsch fehlt oder der Entschluss nicht von innerer Festigkeit und Zielstrebigkeit getragen ist (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. 2020). Wer einen solchen, nicht freiverantwortlichen Suizid zulässt oder gar unterstützt, kann sich je nach den Umständen des Einzelfalls wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB), unter Umständen auch wegen vorsätzlicher Tötung durch aktives Tun oder Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) oder fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) strafbar machen.

Vom Bundesgerichtshof wurde jedoch mittlerweile höchstrichterlich in einem Urteil anerkannt, dass Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen nicht wegen unterlassener Hilfeleistung oder wegen einer Tötung durch Unterlassen bestraft werden, wenn sie den Tod nach einem freiverantwortlichen Suizid ihres schwer und unheilbar kranken Patienten nicht verhindern, auch nachdem dieser bewusstlos geworden ist (Bundesgerichtshof 2019).

Falls der FVNF als eine Art des Suizids identifiziert werden sollte, bleibt zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Assistenz hierzu strafbar ist und vor allem auch wo hier die Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen liegt. Unter dem Begriff „Tötung auf Verlangen“ versteht man das Töten eines anderen Menschen auf dessen ernsthaften und eindringlichen Wunsch hin. Der Täter hat dabei die Herrschaft über den letzten, unwiderruflich zum Tode führenden Akt (Borasio et al. 2020, 40). Diese Form der aktiven Sterbehilfe ist in Deutschland laut § 216 Absatz 2 StGB verboten. Erfolgt die Tötung nicht auf Verlangen des Getöteten, macht sich der ausführende Arzt wegen Totschlags (§ 212 StGB) oder unter bestimmten Umständen sogar wegen Mordes (§ 211 StGB) strafbar.

Fest steht: ob für den sterbebegleitenden Arzt eine Strafbarkeit nach §217 StGB („geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“) in Betracht käme, ist mit der Urteilsverkündung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 (et al. 2 BvR 2347/15) belanglos geworden. Das Gericht forderte aber in Zusammenhang mit der Aufhebung des §217 die Politik auf, dass die Sterbehilfe gesetzlich neu geregelt werden muss. Ein neues Gesetz zur Regelung der Suizidassistenz hat der Bundestag jedoch während der zurückliegenden Legislaturperiode nicht mehr auf den Weg gebracht. Aus dem neu gewählten Parlament gibt es inzwischen Vorschläge, wie Sterbehilfe künftig geregelt werden könnte. So heißt es in einem Gesetzesentwurf vom Januar 2022, dass die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung weiterhin „grundsätzlich unter Strafe“ gestellt werden soll, aber

unter „sehr bestimmten Voraussetzungen“ als „nicht unrechtmäßig“ gelten könnte (Ärztezeitung, 2022). Im Fall des FVNF gilt hier zum Beispiel zu klären, ob die wiederholte medizinische oder pflegerische Begleitung von FVNF als Förderung der Selbsttötung bewertet werden kann, was im Falle einer geschäftsmäßigen Handlung dann strafbar wäre.

Eine große rechtliche Unsicherheit ergibt sich nach dem Tod durch FVNF bei der Ausstellung der Todesbescheinigung, was auch der primäre Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist. Das hauptsächliche Problem liegt hier in der Entscheidung zwischen einer natürlichen und einer nicht natürlichen Todesart, welche mit jeweils unterschiedlichen Konsequenzen verknüpft sind. Wenn FVNF als Suizid gilt, muss auf der Todesbescheinigung eine nicht natürliche Todesart angegeben werden, was dazu führt, dass sofort die Polizei informiert werden muss, welche dann unter anderem ein Ermittlungsverfahren zur Klärung der genauen Todesumstände einleitet (Tolmein 2019).

#### 2.1.7 Häufigkeit

Die Bestimmung der Häufigkeit von Tod durch FVNF wird auch dadurch erschwert, dass sowohl deutschsprachige als auch englischsprachige Publikationen unterschiedliche Definitionen von FVNF verwenden. So verwenden zum Beispiel Chabot und Goedhart (2009) eine restriktive Definition von FVNF, bei der nur solche Patienten mit FVNF in Verbindung gebracht werden, die vor ihrem Tod an mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen auf jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verzichtet haben. Eine solche Definition kann das gesamte Phänomen des FVNF nicht abdecken, eignet sich aber in bestimmten Fällen besser für eine konsequente Untersuchung der physiologischen Prozesse. Nichtsdestotrotz erschweren die heterogenen Begrifflichkeiten eine aussagekräftige Einordnung der Häufigkeit.

In ihrem Versuch empirische Daten aus der internationalen Forschung zusammenzutragen, stellen Hoekstra und Simon (2019) fest, dass konkrete Zahlen zur Häufigkeit des FVNF nur in den Niederlanden vorliegen. Unter Rückbezug auf Chabot und Goedhart (2009) und Onwuteaka-Philipsen et al. (2012) sind wohl zwischen 0,4% und 2,1% der jährlichen Todesfälle auf FVNF zurückzuführen. Laut Chabot und Goedhart (2009) kommt es jährlich zu zwischen 600 und 2.000 Fällen von Tod durch FVNF in den Niederlanden. Allerdings zeigen auch andere Studien, unter anderem aus Japan (Shinjo et al. 2017) und den USA (Bolt et al. 2015), dass auch dort über ein Drittel der befragten japanischen Ärzte und

Ärztinnen, sowie der US-amerikanischen Pflegekräfte konkrete Erfahrungen mit dem FVNF besitzen. In Deutschland existieren laut Walther keine systematischen Versuche, die genaue Häufigkeit von FVNF einzuschätzen (Teigeler 2018). Auf der Grundlage von einem ausführlichen Mapping Review (Klein Remane und Fringer 2013) und der Untersuchung von vier Fallberichten und drei empirischen Arbeiten (Ivanović et al. 2014), versuchten Hoekstra und Simon (2019, 99) mit Hilfe von Fallvignetten „die Rolle des FVNF im Kontext der palliativmedizinischen Patientenversorgung darzulegen und zu erfahren, wie FVNF durch tätige Ärztinnen und Ärzte bewertet wird.“ Dieser Studie zufolge gaben 62% der befragten Ärzte und Ärztinnen an, dass sie in den letzten fünf Jahren mindestens einen Patienten im Prozess des FVNF begleitet haben und 21% gaben an, in den letzten fünf Jahren mehr als fünf Patienten beim FVNF betreut zu haben. Sie betonen dabei, dass die hier ermittelte relative Häufigkeit von dem FVNF im starken Kontrast zu der Annahme steht, dass der FVNF ein marginales Phänomen darstellt, das Ärzte nur in seltenen Fällen begegnet. Im Gegenteil dazu spricht diese Untersuchung dafür, dass besonders palliativmedizinisch tätige Ärzte und Ärztinnen in regelmäßigen Abständen mit FVNF konfrontiert werden, was gleichzeitig bedeutet, dass das Fehlen von medizinischen, medizinethischen und rechtlichen Leitlinien ein Problem darstellt. Trotz fehlender quantitativer Angaben zu der exakten oder prognostizierten Häufigkeit von FVNF in Deutschland betonen sowohl mehrere hier aufgeführte Studien, als auch eine Reihe von akademischen und nicht-akademischen Publikationen, dass das Thema FVNF einer größeren Ansprache bedarf (Chabot und Walther (2017); Hoekstra und Simon (2019))

## **2.2 Suizid**

### **2.2.1 Definition Suizid**

Die bereits aufgeworfenen Fragen werden auch dadurch erschwert, dass es keine einheitliche Definition von Suizidalität oder Suizid gibt, die alle Aspekte dieses Phänomens umfasst und dabei sowohl auf Verhalten, Erfahrungen und Emotionen eingeht. Der Bedarf an einer standardisierten und gemeinsamen Nomenklatur für Suizidgedanken und Suizidverhalten ist seit langem bekannt und spielt auch in der Abgrenzung zu Euthanasie und Sterbehilfe eine wichtige Rolle (Schneider et al. 2020). So steht zunächst eine Reihe von unterschiedlichen Definitionen im Raum, deren Eignung für die Betrachtung von FVNF erst geprüft werden muss, insbesondere weil die Definitionen aus verschiedenen Disziplinen

kommen und unterschiedliche Modelle für die Entstehung und Konzeptualisierung von suizidalen Gedanken und suizidalen Verhaltensmustern vorschlagen.

Laut dem Psychiater und Suizidforscher Wolfersdorf bezeichnet ein Suizid oder ein Suizidversuch „die vorsätzliche, bewusste und absichtliche, zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der bewussten Absicht der Selbsttötung bzw. der Inkaufnahme des Versterbens“ (Wolfersdorf und Kaschka 1996, 5). Eine weitaus kürzere Definition bietet die WHO: „Suizid ist der Akt der bewussten Selbsttötung“ (WHO 2014, 12, *eigene Übersetzung*). Wie aus den beiden Definitionen bereits ersichtlich wird, nimmt die Absicht oder die Motivation des Menschen eine übergeordnete Rolle ein. Letalität, Ausgang der Handlung oder die gewählte Methode treten in der Definition von Suizid und besonders in der Unterscheidung zwischen Suizid und Suizidversuch erstmal in den Hintergrund. Stattdessen betont die moderne Suizidforschung die Intention des Betroffenen als Kernpunkt (Wolfersdorf und Kaschka 1996, 5). Deswegen ist hier auch die Begrifflichkeit der Suizidalität in diesem Kontext erkenntnisreich. Wolfersdorf und Kaschka (1996, 4) definieren Suizidalität als „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, Handeln lassen oder passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen“.

Chabot und Walther (2017) verzichten nach vorheriger Begriffsbestimmung auf das Wort „Suizid“, da ihrer Meinung hiermit häufig psychische Krankheiten, unüberlegte Handlungen, fehlende Freiverantwortlichkeit oder eine körperliche Verstümmelung assoziiert werden. Sie plädieren von daher auf den Begriff der „Selbsttötung“. Laut Quill und Battin (2004, 2) suggeriert der Begriff Suizid auch eine Person, „die nicht klar denkt oder vernünftig handelt“. Erlemeier und Wirtz (2001, 20) fügen hinzu, dass der Blick auf die Intention des Handelnden problematisch ist, da zum Beispiel bei psychopathologisch motivierten Suiziden aufgrund von schweren Depressionen oder auch bei Menschen im hohen Alter mit fortgeschrittener Demenz „von diesen kognitiven Steuerungsmechanismen meistens nicht ausgegangen werden kann“. Hier stellt sich also erneut die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Menschen. Auf unterschiedliche Weise bewerten Erlemeier und Wirtz (2001) indirekte selbstdestruktive Verhaltenstendenzen bei alten Menschen als einen Ausdruck allgemeiner „Lebensmüdigkeit“, oder eine Art „Selbstaufgabe“, was nicht mit der oben definierten Suizidalität gleichzusetzen ist. In der Palliativmedizin beschreibt der Begriff "Todeswunsch"

ein Phänomen bei Menschen mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung, die den Wunsch haben, zu sterben und tot zu sein (Ohnsorge et al. 2014). Dabei kann sich der Sterbewunsch in verschiedenen Formen äußern, so zum Beispiel als die Akzeptanz des Todes im Sinne eines erfüllten Lebens und der Hoffnung auf ein baldiges Sterben ohne den Wunsch, den Sterbeprozess zu beschleunigen. Oder auch über den Wunsch nach beschleunigtem Sterben ohne Handlungsdruck bis hin zu akuter Suizidalität mit hohem Handlungsdruck (Ohnsorge et al. 2014). In der letzten Unterkategorie besteht der ausdrückliche Wunsch zu sterben, der dann durch den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen oder durch einen nicht-assistierten oder assistierten Suizid herbeigeführt werden soll.

### 2.2.2 Handelt es sich bei FVNF um Suizid?

Wie bereits beschrieben, wurde der FVNF oft im Zusammenhang mit Suizid, Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen diskutiert, was zu einem recht komplexen Meinungsbild bezüglich der Einordnung des FVNF führt. Über allen herrschenden Meinungen schwebt die ungenaue Definition des FVNF, weswegen diese nicht immer eindeutig miteinander vergleichbar sind. Die Selbsttötung ist in Deutschland straffrei, was laut Tolmein (2019, 136) auch bedeutet, dass „im Verständnis bundesdeutscher Juristinnen und Juristen auch Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich straffrei“ ist. Allerdings gab es in der Vergangenheit einige gerichtliche Fälle, in denen eine Art Beihilfe zur Selbsttötung als Tötung auf Verlangen (§216 StGB) und Totschlag durch Unterlassen (§§212, 13 StGB) verurteilt wurde (Tolmein (2019, 137).

Die Frage nach der Einordnung von dem FVNF als Suizid ist vor allem deswegen für diese Arbeit wichtig, weil die Bewertung eines Todes durch FVNF als Suizid ein Todesermittlungsverfahren impliziert (Tolmein 2019). Birnbacher (2015) weist hier vor allem auf die rechtlichen Konsequenzen und Auswirkungen auf die Leichenschau hin, die mit einem Suizid und damit einer unnatürlichen Todesart einhergehen.

Jox et al. (2017) gehören zu den Befürwortern einer Betrachtung des FVNF als Suizid. FVNF sollte für sie als eine Form von Selbstmord betrachtet werden, da sowohl eine Absicht besteht, den Tod herbeizuführen, als auch eine Unterlassung, die diesen Effekt direkt verursacht. Jox et al. (2017) beziehen sich dabei auf drei signifikante Unterschiede zu einem prototypischen Suizid. FVNF zeichnet sich demnach nicht durch eine invasive oder aggressive Handlung aus. Der FVNF dauert länger als typische Suizidversuche. Dieser

langwierige Verlauf und das damit verbundene Leiden erfordern vom Patienten mehr Entschlossenheit als schnellere Formen des Suizids, weswegen sie laut Jox et al. einen besseren Schutz gegen impulsives suizidales Verhalten bieten. Darüber hinaus gibt es starke Ähnlichkeiten zwischen einem Tod durch FVNF und einem natürlichen Sterbeprozess, da zum Beispiel beide Elemente einer Dehydrierung enthalten. Diese drei Kriterien sind laut Jox et al. (2017) Grund genug, den FVNF als einen bestimmten Typ des Suizids zu betrachten, der dementsprechende ethische und rechtliche Konsequenzen mit sich zieht.

In seinen Überlegungen zum Verhältnis von Suizid und dem FVNF kommt Birnbacher (2015) zu einem ähnlichen Ergebnis. Für ihn ist der FVNF als eine Art passiver Suizid zu verstehen. Im Gegensatz zu der aktiven Handlung in den prototypischen Suizidfällen, steht bei dem FVNF das absichtliche Unterlassen im Vordergrund: „Wie der aktive Suizid ist das Sterbefasten eine Form des autonomen Gestaltens des Sterbeprozesses „von eigener Hand“ – mit dem alleinigen Unterschied, dass die Gestaltung in diesem Fall die Form eines Unterlassens statt eines aktiven Tuns annimmt“ Birnbacher (2015, 322). Dies deckt sich auch mit der modernen Suizidforschung, die ebenfalls die eigene Intention als Ankerpunkt betrachtet. Wenn das konstituierende Element eines Suizids der bewusste und zielgerichtete Vorsatz der Selbsttötung ist, dann gilt auch FVNF als eine Art Suizid, meint Birnbacher. Während Birnbacher (2019) in seinen Überlegungen die Begrifflichkeit des passiven Suizids befürwortet, hält Coors (2019) die Bezeichnung „Suizid durch Unterlassung“ für passender, weil sie sich semantisch von der seiner Meinung nach überholten Debatte um aktive und passive Sterbehilfe abgrenzt. Außerdem betont „Suizid durch Unterlassung“ stärker, dass der eigene Tod gezielt herbeigeführt wird, „indem man die Befriedigung eines elementaren, überlebensnotwendigen körperlichen Bedürfnisses unterlässt, nämlich das Bedürfnis nach Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr“ (Coors 2019, 120).

Laut Neitzke (2019, 150) kommt „der FVNF ohne eine (Selbst-)Tötungshandlung“ aus und kann somit im Gegensatz zum Suizid als natürlicher Prozess verstanden werden, besonders weil der FVNF für Neitzke keine aktive Handlung darstellt. In eine ähnliche Richtung geht auch die Einschätzung von Chabot und Walther (2017, 14), die betonen, dass FVNF insofern natürlich ist, „als keine lebensverkürzenden, medizinisch-technischen Maßnahmen ergriffen werden“. Auf unterschiedliche Weise kann bei Suizid oder dem FVNF ein Art Todeswunsch identifiziert werden, auch wenn Art und Ausmaß eines klar definierten Todeswunsches bei FVNF noch abschließend geklärt werden muss. Außerdem wird der Tod in beiden Fällen

selbst herbeigeführt, wobei es auch hier Unterschiede in der konkreten Handlung und der aktiven und passiven Herbeiführung gibt. Allerdings gehen in beiden Fällen die Sterbenden davon aus, dass die gewählte Methode sie dem Todesziel näherbringt. FVNF hat keine direkte und unmittelbare äußere Einwirkung auf den Körper und kann eher als "Unterlassung" verstanden werden, wobei ein Suizid nicht zwangsläufig auch immer mit einer direkten und unmittelbaren äußeren Einwirkung auf den Körper einhergehen muss. Wenn das Absetzen lebensnotwendiger Medikamente auch als Suizid gewertet werden kann, was zum Beispiel in der Definition von Studt et al. (1999) der Fall ist, so kann auch der FVNF als eine Art Suizid gewertet werden. Dagegen sprechen die vielen Arten von Unterlassung, die nicht als Suizid gewertet werden, so zum Beispiel, wenn eine Person akut lebensrettende Maßnahmen wie Operationen, Behandlungen oder Transfusionen bewusst verweigert. Laut Klein Remane und Fringer (2013) steht bei Unterlassen einer Intervention oder einer Therapie eher der Behandlungsverzicht im Vordergrund, während ein Fokus auf die Intention des Patienten eher einem Suizid durch FVNF entspräche. Die Betonung des Sterbeverlaufs stellt den Tod durch FVNF eher auf die Seite eines natürlichen Todes. Oft wird in diesem Zusammenhang auf die bestehende oder fehlende akute Suizidabsicht verwiesen, die bei den oben genannten Beispielen nicht zutrifft, aber bei Suizid durch Verabreichung eines Gifts durchaus besteht.

Darüber hinaus lohnt sich die Betrachtung der Zeitspanne, da, im Gegensatz zum Suizid, bei FVNF mehrere Tage zwischen der Entscheidung und dem Todeszeitpunkt liegen. Bei konsequentem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit vergehen zwischen 7 und 15 Tage bis zum Eintritt des Todes, bei verzögertem Flüssigkeitsverzicht etwa 20 bis 30 Tage und bei inkonsequentem Verhalten noch weitaus mehr Zeit (Chabot und Walther 2017). Die entsprechende Handlung kann also nochmal überdacht und revidiert werden, was in prototypischeren Fällen von Suizid nicht der Fall ist. Laut Schneider et al. (2020) ist die Bedenkzeit von der Entscheidung zum Suizid bis zur Durchführung eines Selbstmordversuches sehr kurz und etwa 30% der Suizidversuche werden ohne vorbereitende Planung durchgeführt. So argumentieren Deisenhammer et al. (2009), dass der Prozess vom Auftreten suizidaler Gedanken bis zur Durchführung eines Suizidversuchs und damit die Zeit für eine Intervention in der Regel kurz ist. Die tödliche Wirkung auf den Körper tritt beim Suizid plötzlich ein, während die Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit erst nach Tagen eine Wirkung zeigt.



Nichtsdestotrotz verkompliziert sich auch die Frage nach der ethischen Bewertung von FVNF spätestens dann und wird zur konkreten Herausforderung, wenn der Mensch, der sich zu FVNF entschlossen hat, jemanden bittet, ihn pflegerisch oder medizinisch dabei zu begleiten, bzw. zu unterstützen. In solchen Fällen ist eine klare Differenzierung unabdingbar, da die Einordnung von FVNF als Suizid auch bedeuten würde, dass es sich bei der Unterstützung von FVNF um eine Art der Hilfe zur Selbsttötung handelt. Ebenso gilt der Suizid als Unglücksfall und erfordert eine Hilfeleistung, die quasi bei einer Begleitung des FVNF als „unterlassene Hilfeleistung“ gewertet werden könnte (Birnbacher et al. 2017).

Die Frage, ob es sich beim Tod durch FVNF um Suizid handelt hat für die ethische Bewertung besonders in einem christlich geprägten Land wie Deutschland Konsequenzen, die, wie Coors (2019) aus der Perspektive der evangelischen Theologie zeigt, zum Beispiel anders ausfallen, wenn der FVNF eher als Therapiebegrenzung betrachtet wird. Demnach wird in der evangelischen Theologie eine Therapiebegrenzung eher als das Zulassen des Sterbens und der Suizid als eine Form der Herbeiführung des Todes charakterisiert, wobei der FVNF in der katholischen Morallehre wohl überhaupt nicht zulässig wäre (Coors und Dörries 2020).

Eine dritte Option entspringt der Frage, ob die Einordnung vom FVNF als Suizid nicht fehlgeleitet ist und ob der FVNF nicht eher als eigene Kategorie aufgefasst werden sollte (Hanke und Bickhardt 2014). Demnach wäre der FVNF eine eigenständige Handlung, um das Leben vorzeitig zu beenden und den Sterbeprozess zu verkürzen. Diesen Standpunkt, den FVNF als eigene Handlungskategorie zu betrachten, vertritt auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Radbruch et al. 2019). Der FVNF würde somit weder als Suizid noch als Therapieverzicht eingeordnet werden. Allerdings beziehen sich Radbruch et al. (2019, 3) nur auf Fälle von FVNF, die mit einer lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Grunderkrankung einhergehen und schließen „alte, multimorbide oder gebrechliche Menschen ohne schwere Erkrankungen oder gesunde Menschen, die des Lebens müde sind“ aus. Radbruch et al. (2019) argumentieren ihre Position mit dem Vergleich zu anderen Handlungen von Patienten in der Palliativversorgung, sowie zum Beispiel mit dem Verzicht auf oder Abbruch der lebenserhaltenden Therapien, die nicht als suizidale Handlungen eingestuft werden. Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommen Kriesen et al. (2021, 13): „Unabhängig von bestehenden, teils divergierenden

Berufsordnungen ist die ärztliche Sterbebegleitung im Rahmen eines FVNF nicht als Suizidassistenz aufzufassen und somit standesrechtlich legitimiert.“

Darüber hinaus kommt es bei dem FVNF nicht zum Einsatz tödlicher Substanzen, die körperliche Integrität wird bewahrt und die Möglichkeit zum Abbruch des FVNF ist immer gewährt. Eine eigenständige Kategorie ist auch deswegen zu befürworten, weil das Ausstellen der Todesbescheinigung erleichtert wird, da der Tod durch FVNF als natürlicher Tod bewertet werden kann. Für Radbruch et al. (2019) lässt sich der Tod durch FVNF durch die normalen physiologischen Vorgänge beim Sterben kennzeichnen, was den medizinisch-rechtlichen Umgang in der Leichenschau vereinfachen würde.

### **2.3 Die Todesbescheinigung in Mecklenburg-Vorpommern**

Das Bestattungsgesetz (BestattG M-V) regelt in § 6 auch die Ausstellung der Todesbescheinigung, auch Totenschein genannt. Dort wird gesetzlich bestimmt, dass die Todesbescheinigung unverzüglich nach Beendigung der Leichenschau auszustellen ist. Der leichenschauende Arzt hat viele grundlegende Pflichten bei der Leichenschau. So müssen aus der Todesbescheinigung die Feststellung des Todes, der Todeszeitpunkt, die Todesart und die Todesursache hervorgehen (Klein 2017). In Deutschland hat jedes Bundesland die Hoheit über die genauen Richtlinien zur Ausstellung der Todesbescheinigung (Chabot und Walther 2017, 118). Deswegen wird im weiteren Verlauf dieses Abschnitts überwiegend auf die Situation in Mecklenburg-Vorpommern eingegangen.

In einer Auswertung von 10.000 Todesbescheinigungen zwischen 2012 und 2015 in Mecklenburg-Vorpommern, konnten Zack et al. (2017) insgesamt 3116 schwerwiegende Fehler feststellen. Darüber hinaus waren nach statistischer Bereinigung 89,63% der ausgestellten Todesbescheinigungen fehlerhaft, was zeigt, dass die Qualität der ärztlichen Leichenschau und damit die Ausstellung der Todesbescheinigung defizitär und damit ausbaufähig ist. In Anbetracht der generellen Unsicherheit beim Umgang mit dem FVNF ist also zu erwarten, dass es im Zusammenhang mit dem Ausstellen der Todesbescheinigung im Falle von dem FVNF auch zu erheblichen Unterschieden und Defiziten kommt. Laut Rothschild (2009, 1) ist das grundlegende Problem, dass die Todesbescheinigung „überwiegend juristisch relevante Fragen“ enthalten, die aber dann von Medizinern beantwortet werden müssen.

### 2.3.1 Juristischer Hintergrund

Der § 159 Absatz 1 StPO besagt, dass die Polizei- und Gemeindebehörden zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet sind, sollten Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod am Leichnam gefunden werden. Weiterhin heißt es, dass in diesem Fall für die Bestattung die schriftliche Genehmigung der Staatsanwaltschaft erforderlich ist (§ 159 Absatz 2 StPO). Bis diese Genehmigung erteilt ist, muss der Leichnam gemäß § 94 Absatz 1 StPO als Beweismittel für eine potenzielle Untersuchung in Verwahrung genommen werden. Dies ist eine bundeseinheitliche Regelung.

Ausfüllen des Totenscheins und die Richtlinien zur Leichenschau in Mecklenburg-Vorpommern wird nochmals explizit im Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz - BestattG M-V) geregelt. Hier wird ausdrücklich in § 3 Absatz (1) festgelegt: „Jede Leiche ist zur Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt zu untersuchen (Leichenschau)“. In § 3 wird auch geklärt, welcher Arzt oder welche Einrichtungen zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet sind und in welchen Fällen diese Pflicht entfällt. Die schon mehrfach angesprochene Problematik der Einordnung des Todes durch FVNF wird in § 4 zur Durchführung der Leichenschau in Absatz (3) aufgegriffen:

„Ist durch äußere Merkmale bereits erkennbar oder lässt sich nicht ausschließen, dass es sich um einen nichtnatürlichen Tod handelt, oder handelt es sich um einen unbekanntem Toten, hat der Arzt unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu verständigen. Er hat in diesem Fall von der Leichenschau abzusehen und bis zum Eintreffen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft dafür zu sorgen, dass keine Veränderungen an der Leiche und der unmittelbaren Umgebung vorgenommen werden. Als nichtnatürlich ist ein Tod anzunehmen, der durch Selbsttötung oder durch einen Unfall herbeigeführt wurde oder bei dem eine Einwirkung Dritter ursächlich gewesen ist. Ergeben sich erst während der Leichenschau Hinweise auf einen nichtnatürlichen Tod, hat der Arzt ebenso zu verfahren.“

Der Auszug aus § 4(3) zeigt, dass die Einordnung des Todes durch FVNF als Suizid (hier: Selbsttötung) und/oder als bedingt durch eine nicht-natürliche Todesart, Konsequenzen für die ärztliche Leichenschau in Mecklenburg-Vorpommern hat. Der leichenschauende Arzt hat bei jeglichen Hinweisen auf einen nichtnatürlichen Tod die Polizei oder Staatsanwaltschaft

zu verständigen, was nicht nur für den Arzt, sondern auch für anwesende Angehörige eine zusätzliche Belastung ist.

Gemäß §20(6) BestattG M-V handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig als Arzt entgegen §6(1) eine Todesbescheinigung nicht, nicht richtig oder nicht vollständig ausstellt oder entgegen §6(3) Satz 2 eine Todesbescheinigung nicht vervollständigt. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 10.000 € geahndet werden. Darüber hinaus berichtet Walther (2018) davon, dass die leichenschauenden Ärzte oft dem Druck der Angehörigen ausgesetzt sind, die Todesart als ‚natürlich‘ anzugeben, um die folgende polizeiliche Untersuchung zu vermeiden. Wenn der Arzt dann auch in der Beschreibung der Todesursache nicht deutlich auf den FVNF aufmerksam macht, bewegt er „sich am Rande der Illegalität“ (Walther 2018, 281). Die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin beschreibt, dass der Todesbescheinigung „persönlichkeitsrechtliche, straf- und zivilrechtliche, soziale und gesundheitspolitische Bedeutung zukommt“, weswegen die korrekte Ausstellung so wichtig ist (Klein 2017). Hier wird deutlich, wie wichtig eine im bestehenden gesetzlichen Kontext rechtssichere und pragmatische Verfahrensweise für die ärztliche Leichenschau bei FVNF ist. Dafür soll nun die Ausstellung der Todesbescheinigung beleuchtet werden.

### 2.3.2 Aufbau und Verwendungszweck

Die länderspezifischen Todesbescheinigungen bestehen aus einem vertraulichen und nichtvertraulichen Teil.

Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung dient medizinisch-statistischen Zwecken und wird durch den Veranlasser der Leichenschau an das Gesundheitsamt weitergeleitet.

Der nichtvertrauliche Teil ist für das zuständige Standesamt bestimmt und enthält Angaben zur Person des Verstorbenen – insbesondere die zur Eintragung in das Sterbebuch und für die Bestattung erforderlichen Angaben gemäß § 37 PStG –, zur Art der Identifikation, zur Feststellung des Todes, zur Todesart sowie Zusatzangaben bei Totgeborenen und Hinweise zum Infektionsschutzgesetz. Im nichtvertraulichen Teil unter I „unmittelbar zum Tode führende Krankheiten“ beschreibt der leichenschauende Arzt die Kausalkette von der unmittelbaren Todesursache in Zeile Ia bis hin zum ursächlichen Grundleiden in Zeile Ic. Der Arzt soll, „seine Diagnosen als Freitext und nicht nur als ICD-Code eintragen, um die

Angaben nicht durch die ICD-10-Gruppierungen zu beschränken“ (Schelhase und Weber 2007, 969).

In Teil II können noch weitere Krankheiten genannt werden, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit den unmittelbaren Todesursachen oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen.

Darüber hinaus gibt es, wie in Abbildung 1 zu sehen, in Mecklenburg-Vorpommern die Möglichkeit, Details zum Verlauf in der Epikrise genauer zu beschreiben.

Blatt 3: Doppel für die Obduktion Todesbescheinigung  Zutreffendes ankreuzen!  
 – Vertraulicher Teil –

**Personalangaben**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.:
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.:
Geburtsdatum Tag: <input type="text"/> <input type="text"/> Monat: <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

**Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/ Arzt**  
 Name und Telefonnummer der/ des behandelnden Ärztin/ Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod   
 Reanimationsbehandlung:  ja  nein

**Todesursache/ Klinischer Befund**  
 Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

	Zieldauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
<b>I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b> a) unmittelbare Todesursache		
<b>Vorangegangene Ursachen</b> Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle b) als Folge von		
c) als Folge von (Grundleiden)		
<b>II. Andere wesentliche Krankheiten</b> Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen		

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)	ICD-Code
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels	E
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrfrühergeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Länge bei Geburt <input type="text"/> <input type="text"/> cm Geburtsgewicht <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="checkbox"/> Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Erfolgte in den letzten 3 Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	

**Anhaltspunkte für einen nicht-natürlichen Tod**

ja, und zwar  Todesart ungeklärt

**Ärztliche Bescheinigung**  
 Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchungen bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Name, Vorname, Anschrift, Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes
---	---

Nachdruck, Nachahmung, Kopieren und elektronische Speicherung verboten!  
 Formularsatz OA 1203 (99)  
 Druckhaus PANZIG  
 Schulzenberg 1a  
 17160 Luchow  
 Tel. (0 38 34) 59 52 40  
 Fax (0 38 34) 59 52 29

Abbildung 2 - Blatt 3 des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung in Mecklenburg-Vorpommern. Quelle: Zack et al. (2017).

In erster Instanz muss der Arzt den Tod feststellen, d.h. er muss „sich bei ausreichender Beleuchtung Gewissheit über den Eintritt des Todes verschaffen“ (Klein 2017, 3). Dafür untersucht der Arzt den Leichnam auf bestimmte Todeszeichen wie Fäulnis, Totenstarre, Totenflecke oder eindeutige Verletzungen. Darüber hinaus muss der Arzt die Todeszeit feststellen, für die sowohl frühe und späte Todeszeichen als auch zuverlässige Zeugenaussagen beitragen können. Die genauen Todeszeichen ermöglichen einen Rückschluss auf den Todeszeitpunkt. Die Feststellung der Todesursache zielt auf die genaue Krankheit oder Verletzung hin, die unmittelbar den Tod verursacht haben. Durch diese Betrachtung soll der Arzt eine Kausalkette erstellen können, die den genauen Ablauf des Todes beschreibt und somit die spätere Einschätzung der Todesart ermöglicht.

### 2.3.3 Klassifizierung der Todesart

An mehreren Stellen in dieser Arbeit wurde bereits deutlich, dass die genaue Definition und Abgrenzung von dem FVNF praktische Konsequenzen für die Leichenschau hat. Die Frage nach der Todesart, inklusive einer erforderlichen Einordnung des FVNF als Suizid münden auch in medizinisch-rechtliche Fragen, die sich auf die Leichenschau und das Ausstellen der Todesbescheinigung auswirken.

Die Klassifizierung der Todesart erfolgt anhand von drei Kategorien: natürlicher Tod, nicht-natürlicher Tod und Todesart ungeklärt. Sieht der Arzt äußere Merkmale, die bereits einen nichtnatürlichen Tod erkennen lassen, so ist eine unverzügliche Meldung an die Polizei vorgeschrieben. Weiterhin muss der leichenschauende Arzt nach §4 Absatz 3 BestattG M-V in diesem Fall die Leichenschau unterbrechen und bis zum Eintreffen der Polizei oder Staatsanwaltschaft die Leiche vor Veränderungen schützen und Veränderungen der unmittelbaren Umgebung verhindern. Die genaue Verantwortung oder Tatherrschaft spielt bis dahin keine Rolle, da lediglich festgestellt wird, ob ein, von außen einwirkendes, Ereignis den Tod herbeigeführt hat. Wird dieser initiale Verdacht polizeilich bestätigt, sind die Polizei- und Gemeindebehörden nach §159 StPO zur sofortigen Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an das Amtsgericht verpflichtet. Sobald dieser Prozess angestoßen wird, ist eine Bestattung erst nach schriftlicher Genehmigung der Staatsanwaltschaft möglich.

Im Gegensatz dazu liegt ein natürlicher Tod vor, wenn der Tod aus innerer Ursache folgt und kein Behandlungsfehler oder Fremdverschulden erkennbar ist. Entsprechend kommt eine natürliche Todesart für Fälle in Betracht, in denen der Verstorbene an einer lebensbedrohlichen Erkrankung gelitten hat, wegen dieser er gestorben ist. Dies muss sich

„aus der Schwere des zugrunde liegenden Krankheitsbildes und den Umständen des Todeseintritts ergeben“ (Madea, 1995). Dies bedeutet auch, dass keinerlei Hinweise auf ein nichtnatürliches Ereignis vorliegen dürfen. Laut den Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau durch die Gesellschaft für deutsche Rechtsmedizin, „muss die Möglichkeit des nichtnatürlichen Todes verantwortungsvoll geprüft werden“ (Klein, 2017, 9). Im Gegensatz zur natürlichen Todesart, bei der eine hohe Plausibilität und ein Ausschluss aller Hinweise auf eine nichtnatürliche Todesart vorliegen muss, reicht ein begründeter Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod aus (Klein, 2017).

► **Tab. 1** Todesart – Definition.

natürlich	nicht natürlich
Todeseintritt aus <i>innerer, krankhafter Ursache</i> , (völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen äußeren Faktoren)	Tod durch ein <i>von außen beeinflusstes, ausgelöstes oder herbeigeführtes Geschehen</i> , egal ob selbst- oder fremdverschuldet (z. B. Unfall, Suizid, rechtswidrige Tat, Behandlungsfehler*, auf sonstige Weise von außen herbeigeführt und deren Folgezustände) (* Cave: § 159 StPO: Behandlungsfehler: nur bei <i>entferntem konkreten Verdacht</i> )

Abbildung 3 – Gegenüberstellung der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen einer natürlichen und nicht-natürlichen Todesart. Quelle: Kriesen et al. (2021).

Bleibt die Todesursache auch nach Befragen eines vorbehandelnden Arztes unklar, etwa weil der Hausarzt den betroffenen Patienten seit längerer Zeit nicht mehr gesehen hat, oder weil keine finale Morbidität bekannt war, sollte die Todesart als „ungeklärt“ qualifiziert werden (Vennemann et al., 2001). Die Rubrik der ungeklärten Todesart beinhaltet auch Todesfälle aus innerer Ursache, welche im Rahmen der Leichenschau jedoch nicht zweifelsfrei klassifizierbar sind. Wenn der leichenschauende Arzt sich für diese Option entscheidet, haben nun die Ermittlungsbehörden abzuklären, ob unter Umständen ein Fremdverschulden am Todeseintritt vorliegt oder nicht. Die Festlegung der Todesart hat ebenfalls juristische Konsequenzen für die Durchsetzung berechtigter zivilrechtlicher Ansprüche der Hinterbliebenen. Ein klassisches Beispiel ist hier der Sturz in der Häuslichkeit mit konsekutiver Oberschenkelhalsfraktur und posttraumatischer Bettlägerigkeit in dessen Folge sich eine tödliche Lungenarterienembolie entwickelt. Wenn hier der Kausalzusammenhang verkannt wird und der Todeseintritt fälschlich einem präexistenten Leiden zugeordnet wird,

so wird den Angehörigen später unter Bezugnahme auf die Angaben in der Todesbescheinigung unter Umständen die Leistung aus einer Unfallversicherung versagt.

#### 2.3.4 Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik wird herangezogen, um relevante Gesundheitsindikatoren wie Sterbeziffern, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle festzustellen. Durch diese Statistik ist eine fundierte Todesursachenforschung möglich, die die Einflussfaktoren der Gesundheitsindikatoren, die regionalen Besonderheiten der todesursachenspezifischen Sterblichkeit und ihre Veränderung im Laufe der Zeit untersucht (Schelhase und Weber 2007). Diese Daten sind für epidemiologische Forschung und die entsprechende Gesundheitspolitik von großer Bedeutung. Um diese Datenmenge besser zu verwalten, werden diese Daten nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) kodiert. Sie gelten nicht nur als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen, sondern dienen auch dem internationalen Vergleich. Das Ausfüllen der Todesbescheinigung stellt den ersten Schritt der Todesursachenstatistik dar und ist maßgeblich für die Richtigkeit und den Erfolg der Todesursachenstatistik: „Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Qualität der Todesursachenstatistik eng mit der Qualität der ärztlichen Angaben auf den Todesbescheinigungen korreliert“ (Schelhase und Weber 2007, 971).

#### 2.3.5 Todesbescheinigungen und der FVNF

Der FVNF stellt den leichenschauenden Arzt vor eine Reihe von Problemen, die sich hauptsächlich in der Auswahl der Todesart manifestieren. Laut Walther (2018, 278) „steht es einem bis auf weiteres frei, entweder „natürlich“ oder „nicht-natürlich“ anzugeben, je nachdem, welcher der beiden Komponenten von „natürlichem Suizid“ man gegebenenfalls mehr Bedeutung beimisst“. Walther (2018) plädiert hier für die Betrachtung von einem Tod durch den FVNF als einen ‚natürlichen Suizid‘, wobei sich das Attribut auf die Umsetzung des Suizids, nicht etwa auf ethische Bewertungen der Natürlichkeit des Suizids selbst, beziehen. Dementsprechend könnte bei einem Tod durch den FVNF sowohl der suizidale Aspekt als auch die Natürlichkeit der Todesumstände betont werden. Er greift auch nochmal die fehlenden Richtlinien für den Umgang mit dem Ausfüllen der Todesbescheinigungen im Kontext des FVNF auf. Theoretisch hält er sowohl die Klassifizierung als ‚natürlich‘, wie auch als ‚nicht-natürlich‘ für möglich, betont aber, dass der leichenschauende Arzt „eine



detaillierte, wahrheitsgetreue Beschreibung der letzten Lebensphase und des Sterbens“ auf der Todesbescheinigung vermerken soll (Walther 2018, 279).

Als Todesursache gilt der FVNF laut Walther wenn der Patient zuvor etwa sieben Tage konsequent auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verzichtet hat (2018, 279). Falls keine bekannte Grunderkrankung vorliegt, soll laut Walther (2018, 279) eine ungeklärte Todesart angegeben werden, besonders wenn keine andere wahrscheinliche Todesursache erkennbar ist. Dies kann jedoch nur in den Bundesländern umgesetzt werden, wo diese Option gemäß Landesrecht möglich ist. In den 25 Varianten der Selbsttötung in den ICD-Kategorien findet der FVNF keine Erwähnung (WHO 2013). Insgesamt sieht Walther (2018) die einzige wirklich praktikable Lösung in der Einführung einer eigenen Todesart für den FVNF und der gleichzeitigen Anordnung, dass in solchen Fällen die Polizei nicht kontaktiert werden muss. Dies würde auch dazu beitragen, dass wichtige empirische Daten zum FVNF, seiner Prävalenz und der ärztliche Umgang mit ihm bei der Leichenschau gesammelt werden könnten. Allerdings benennt er auch einige rechtsmedizinische und bürokratische Hindernisse, die eine solche Einführung wohl erst in fernerer Zukunft ermöglichen. Manhart et al. (2019, 63) kritisieren den Vorschlag und die Aufarbeitung von Walther (2018) und argumentieren, „dass die alleinige Bewertung der konkret gewählten Vorgehensweise/des Mittels des „zu Tode Kommens“ hinsichtlich einer etwaigen „Natürlichkeit“ kein Beurteilungskriterium für die Qualifikation der Todesart darstellt“. Vielmehr ist entscheidend, ob ein Ereignis von außen den Tod herbeigeführt, beeinflusst oder ausgelöst hat. Sie betonen auch, dass der leichenschauende Arzt keine Kausalbeweise zwischen dem vermuteten Ereignis und dem Todeseintritt liefern muss. Dementsprechend sollten etwaige rechtliche Konsequenzen, wie auch die Forderungen der Angehörigen, bei der Leichenschau keine Rolle spielen. Sie lehnen also die Einführung einer eigenen Kategorie aus diesen Gründen ab und plädieren dafür, dass der FVNF ohne Grunderkrankung klar als Suizid und somit als nicht-natürliche Todesart zu bewerten ist.

Auch Kriesen et al. (2021) kritisieren die gesamte geführte Diskussion und halten diese für irreführend. Sie definieren den FVNF klar als Suizid und fordern, dass der FVNF als nicht-natürlicher Tod zu kennzeichnen ist, wenn „freie Willensbildung, Sterbewunsch, Erkrankungen, Alternativen und die Patientenverfügung besprochen, geprüft und dokumentiert werden können“ (Kriesen et al. 2021, 16). Die Sorge, dass die Ermittlung der Polizei für die Angehörigen traumatisierend sein könnten, teilen sie nicht, da diese

Konsequenzen „in der Praxis bei transparenter Handlungsweise keine Probleme darstellen“ (Kriesen et al. 2021, 16). Dementsprechend sollte der FVNF, sofern keine grundlegende Erkrankung die Kausalkette durchbricht und die Bescheinigung eines natürlichen Todes nahelegt, als nicht-natürliche Todesart gekennzeichnet sein. Durch die von Kriesen et al. (2021) vorgeschlagene Praxis eines Ethikrats könnte auch die rechtliche Konsequenz der polizeilichen Ermittlung ‚verschlankt‘ werden. Der Behördeneingriff könnte effizient und pragmatisch gestaltet werden, wenn der ganze Prozess des FVNF durch Vorgespräche und Kooperationsmaßnahmen besser geplant würde: „Der als zwingende Konsequenz aus diesem Vorgehen folgende Behördeneingriff kann so gestaltet werden, dass eine „Störung“ der Trauer der Angehörigen bei vorausgehender Aufklärung mit Wissen um Ablauf und Zweck der Untersuchungen vernachlässigbar gering ausfällt.“ (Kriesen et al. 2021, 15).

## **3 Material & Methoden**

### **3.1 Literatur**

Die Literaturrecherche zum Thema erfolgte überwiegend anhand der webbasierten Metadatenbank PubMed und in der Bibliothek der Universität Greifswald. Ergänzend wurden die Internet-Suchmaschinen Cochrane Library und Google Scholar benutzt sowie die Internetseiten der jeweiligen Institutionen wie dem Dienstleistungsportal M-V, der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern oder des Statistischen Bundesamtes durchsucht. Primär wurden folgende Stichworte recherchiert: „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit - FVNF“, Dokumentation Todesbescheinigung, Bestimmung der Todesart, Sterbehilfe sowie Wortvarianten obiger Begriffe und die englischen Entsprechungen. Zur Literaturverwaltung wurde das Literaturverwaltungsprogramm Mendeley Desktop (Version 1.19.4) und zur schriftlichen Ausarbeitung der Dissertation das Textverarbeitungsprogramm Microsoft® Word für Office 365 (Version 16.16.27) verwendet.

### **3.2 Auswahl des zu erhebenden Kollektivs**

Im Rahmen eines Kooperationsvertrages zur Mitabsicherung von Pflichtaufgaben im Gesundheitswesen (gemäß § 9 Abs. 3 ÖGDG) ist das Institut für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald mit der Überprüfung und Korrektur aller im Landkreis Vorpommern-Greifswald ausgestellten Todesbescheinigungen beauftragt. Hierbei wird insbesondere auf die Vollständigkeit der Angaben auf dem Totenschein, die korrekte Anführung der Todesart und die Richtigkeit bzw. Nachvollziehbarkeit der Diagnosen zur Todesursache im Hinblick auf die Mortalitätsstatistik geachtet.

Die Daten dieser retrospektiven Arbeit stellte das Institut für Rechtsmedizin zu wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung. Während der allgemeinen Kontrolle der Totenscheine wurden alle Todesbescheinigungen (Blatt 1) jener Personen erfasst, die im Zeitraum vom 01.01.2019 – 31.12.2019 im Landkreis Vorpommern-Greifswald in Zusammenhang mit dem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit verstarben.

Da der FVNF aktuell keinen eigenen ICD-Code und somit keine einheitliche Benennung hat wurden im Rahmen der Datenprüfung Todesursachen durch den Autor definiert, die eine Zuordnung des Todes zum FVNF zulassen.

Eingeschlossen wurden zum einen Patienten, bei denen „Nahrungsverweigerung“ oder sinnverwandte Ausführungen wie z.B. „Verweigerung von Essen“ im Freitextfeld für die ICD-

Codes der Todesursachen angegeben wurde. Hierbei spielte es zunächst keine Rolle, in welcher Spalte der Todesursachen (Ia-b; II) dieser Begriff zu finden war. Totenscheine mit der Angabe von weniger spezifischen Todesursachen wie z.B. „Exsikkose“ wurden nur dann eingeschlossen, wenn ein Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzicht in der Epikrise ergänzend beschrieben wurde. Darüber hinaus wurden Totenscheine mit der ausschließlichen Erwähnung von Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzicht in der Epikrise unabhängig von einer zusätzlichen ICD-Codierung miteingeschlossen. Die grundsätzliche Freiwilligkeit der Patienten wurde vorausgesetzt.

Im Untersuchungszeitraum wurden 3548 Todesbescheinigungen im Institut für Rechtsmedizin kontrolliert. Von diesen konnte in 244 Fällen anhand der o.g. Einschlusskriterien ein Zusammenhang mit FVNF hergestellt werden.

Die Erfassung erfolgte mittels des Datenverarbeitungsprogramms Microsoft® Excel für Office 365 (Version 16.16.27) in einer speziell für diesen Zweck entwickelten Datenbank. Die eingegebenen Totenscheine wurden automatisch mit einer neutralen fortlaufenden Nummer als evtl. später benötigtes Identifikationsmerkmal verknüpft. Personenbezogene Daten wie der Vor- oder Nachname wurden aus Datenschutzgründen nicht erfasst.

### **3.3 Vorgehen bei der Datenanalyse**

#### **3.3.1 Demografische Einordnung (Alter, Geschlecht)**

Zur genaueren demografischen Einordnung des FVNF erfolgte die Ermittlung des Geschlechts aus den Todesbescheinigungen. Dieses soll in einem separaten Kästchen explizit angekreuzt werden. Wenn kein Eintrag für das Geschlecht erfolgte, wurde anhand des Vornamens das wahrscheinlichste Geschlecht zugeordnet. Das Alter der Verstorbenen wurde aus der Differenz des Sterbe- und Geburtsdatums berechnet.

#### **3.3.2 Todesursachen und Todesarten**

Zunächst erfolgte die Erfassung der angegebenen Krankheiten gemäß der Einteilung in die jeweilige „Todesursachen“-Spalte (Ia-II). Zusätzlich wurde den Krankheiten anhand der vorhandenen Freitextdiagnosen in den Todesbescheinigungen die zugehörige ICD-10 Kodierung entsprechend des offiziellen Nachschlagewerks zugeteilt. Angegebene ICD-Codes wurden überprüft und wenn nötig korrigiert bzw. ergänzt. Verwendet wurde das Buch „ICD-10-GM 2017 – Systematisches Verzeichnis“ vom Deutschen Ärzteverlag (Graubner,

2017). Wenn nur ein ICD-10 Code angegeben war, wurde die dazugehörige regelhafte Benennung vorgenommen und ggf. korrigiert. Wenn beispielsweise zu I10 „Hochdruck“ geschrieben wurde, erfolgte die Korrektur auf I10 „Hypertonie“ gemäß Regelwerk. Zur besseren Übersicht und Vergleichbarkeit wurden die auf der Todesbescheinigung dokumentierten Diagnosen entsprechend der ICD-10- Codierung in übergeordnete Gruppen zusammengefasst (z. B. die Todesursache „Akuter Myokardinfarkt“ dem Kapitel IX „Krankheiten des Kreislaufsystems“ und hier der Kategorie I20-I25 „Ischämische Herzkrankheiten“). Ergänzend zur Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes, in der nur das Grundleiden der vorangegangenen Ursachen unter I c berücksichtigt wird (DESTATIS, 2020), wurden hier auch die unmittelbar zum Tode führende Krankheit unter I a, vorangegangene Ursachen unter I b und andere wesentliche Erkrankungen unter II in die Auswertung einbezogen. Leerstehende Felder wurden mit „keine Angabe“ in die Datenbank aufgenommen.

Besondere Beachtung fand hierbei die Stellung von FVNF innerhalb der Todesursachen auf der Todesbescheinigung. Es wurde erfasst in welcher Spalte der Kausalkette sich der FVNF befand und wie genau dieser im ICD-Code und im Freitextfeld angegeben wurde.

### 3.3.3 Ermittlung der korrigierten Grunderkrankung

In Anbetracht der hohen Fehlerquote beim Ausfüllen von Todesbescheinigungen (Zack, 2017) wurden die Todesbescheinigungen erneut untersucht und es wurde versucht, aus den vorliegenden Angaben das wahrscheinlichste zum Tode führende Grundleiden zu ermitteln. Die Ermittlung erfolgte hierbei auf Grundlage von medizinisch sinnvollen Kausalitäten in Zusammenschau der Todesursachen unter Ia-II und des Freitextes in der Epikrise. Jedem Verstorbenen wurde nur eine Grunderkrankung zugeteilt. Wenn mehrere erkennbar waren, wurde diejenige notiert welche schwerwiegender war.

In dem in Abbildung 4 dargestellten Totenschein ist keine todeswürdige Grunderkrankung, wie beispielsweise eine schwere Herzkrankheit, eine Krebserkrankung oder Niereninsuffizienz beschrieben. Daher wurde das Grundleiden des Patienten als „Altersschwäche“ in die Datenbank aufgenommen.

Todesursache/ Klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		R56
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II. Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen</small>	Nahrungsvorweigerung		F509
	abs. Ankyllie bei VAF		1487
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)			
Seit 2 Wochen Appetitlosigkeit, zunehmender Abbau, seit 2 Tage keine Nahrungsaufnahme mehr			

Abbildung 4 – Beispiel 1 zum Vorgehen bei der Ermittlung der korrigierten Grunderkrankung

Im Beispiel 2 auf der Abbildung 5 wurde als Grundleiden vom leichenschauenden Arzt eine Koronare Herzkrankheit notiert. Im Freitext wird aber eine „rasch progrediente Demenz“ beschrieben, die zu einer reduzierten Nahrungsaufnahme und damit zu steigender Morbidität führte. Eine Progression der KHK mit zum Beispiel akutem ischämischen Ereignis wird dagegen nicht beschrieben. Als Grundleiden für die letztendliche Todesursache scheint also eine Demenz wahrscheinlicher. Daher wurde als korrigiertes Grundleiden die „Demenz“ in der Datenbank notiert.

Todesursache/ Klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		J509
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		J2512
II. Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen</small>	Demenz		F03
	Niereninsuffizienz		<del>J2512</del> N18.3
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein			
Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)			
Demenz mit rascher Progression; seit Anfang Oktober deutlich reduzierte Nahrungsaufnahme und Aktivität; am 13. 10. Sturz mit multiplen Frakturen + occipit. Kopfverletzung → KHK WLG CCT → keine intra cranielle Blutg.			

Abbildung 5 – Beispiel 2 zum Vorgehen bei der Ermittlung der korrigierten Grunderkrankung

### 3.3.4 Einteilung der Leichenschauärzte in Gruppen und Ermittlung der Fachrichtung

Es wurde nach niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten und Notärzten bzw. kassenärztlichem Bereitschaftsdienst unterschieden. Die Zuordnung erfolgte, wann immer möglich, anhand des Stempels des entsprechenden Leichenschauarztes. Als Hausarzt wurden alle Mediziner eingestuft, die den Totenschein ausstellten und zugleich zuletzt behandelnder Arzt waren. Zur Gruppe der Notärzte bzw. des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wurden alle Ärzte gerechnet, die den Totenschein an Sonn- oder Feiertagen ausstellten oder zu Uhrzeiten, die außerhalb der Regelarbeitszeit liegen. Ebenso wurden Leichenschauärzte, die einen Notarztstempel verwendeten, den Notärzten zugeteilt. Als Krankenhausarzt wurde immer dann verschlüsselt, wenn der Stempel auf der Todesbescheinigung einem Krankenhaus zugehörig war.

Die Ermittlung der Fachrichtung der niedergelassenen Ärzte erfolgte über den Praxisstempel. In Fällen, bei denen dieser Stempel fehlte, wurde anhand des Namens im Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern die Fachrichtung ermittelt. (Arzt- und Psychotherapeutenliste Mecklenburg-Vorpommern, 2021) Im Krankenhaus wurden Ärzte ohne Angaben einer Fachrichtung der Abteilung zugeordnet, in der sie zum Zeitpunkt der Leichenschau tätig waren.

Auch die mittlerweile veraltete Bezeichnung „praktischer Arzt“ wurde übernommen. Im Rahmen der europäischen Harmonisierung und mit der Durchführung der Richtlinie 93/16/EWG vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise wurde die Bezeichnung „praktischer Arzt“ vom „Facharzt für Allgemeinmedizin“ abgelöst. (Heilberufe-Kammergesetz Art. 21 ff., Bayerische Landesärztekammer). Wer jedoch eine spezifische dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin abgeschlossen hatte oder wer am 1. Januar 1990 als niedergelassener Arzt die Bezeichnung „praktischer Arzt“ geführt hat, durfte sie weiterführen.

### 3.3.5 Sterbeort

Der Sterbeort wurde eingeteilt in Wohnung, Krankenhaus und Altenpflegeeinrichtung. Es wurde die in den Personalangaben notierte Adresse daraufhin überprüft, ob sie mit der Adresse einer der Altenpflegeeinrichtung, Pflegeheime oder Seniorenresidenzen des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern übereinstimmten. Die Überprüfung erfolgte mittels

des Registers von Pflegeeinrichtungen auf der Website des Landkreises Vorpommern-Greifswald (*Pflege- und Seniorenwegweiser, Landkreis Vorpommern-Greifswald, 2018*). Konnte unter dieser Adresse eine Pflegeeinrichtung gefunden werden wurde angenommen, dass die verstorbene Person auch in dieser Einrichtung verstarb.

Die Wohnung als Sterbeort wurde immer dann angenommen, wenn die angegebene Adresse keiner Pflegeeinrichtung entsprach und aus der Epikrise keine gegensätzlichen Erwähnungen zu entnehmen waren.

Das Krankenhaus wurde als Sterbeort vorausgesetzt, wenn der Stempel des Arztes einem Krankenhaus zugehörig war oder wenn ein Krankenhausaufenthalt zum Zeitpunkt des Todes in der Epikrise beschrieben wurde.

### 3.3.6 Fastendauer und Fastenart

Die Anzahl der Fastentage wurde anhand des in der Epikrise beschriebenen Verlaufs notiert. Hierbei wurden 3 Gruppen unterschieden: „Präzise Angabe“, „Unpräzise Angabe“ und „Keine Angabe“. Die Gruppe „Präzise Angabe“ umfasste alle Totenscheine, die eine genaue Anzahl von Fastentagen dokumentierte („3 Tage“ oder „Eine Woche“). Aus Angaben wie „seit 2 Wochen“ wurden für die Statistik 14 Tage erfasst. Aus den Totenscheinen mit präzisen Zeitangaben wurde die angegebene Fastenzeit in Tagen genau erfasst.

Zur Gruppe „Unpräzise Angabe“ zählten alle ungenauen und umschreibenden Zeitangaben („seit Tagen“, „seit einiger Zeit“ oder „zuletzt“). Alle Totenscheine, in denen keine Zeitangabe gemacht wurde, wurden unter „Keine Angabe“ zusammengefasst.

Mit der Fastenart wurden, wenn Angaben dazu vorlagen, 3 Kategorien unterschieden: „Verzicht auf Nahrung“, „Verzicht auf Flüssigkeit“ und „Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“. Zusätzlich wurde noch herausgearbeitet mit welcher Konsequenz der jeweilige Verzicht stattfand. Hier gab es die Möglichkeit eines konsequenten und inkonsequenten Verzichts. Ermittelt wurden diese Kriterien anhand der gewählten Formulierung. Wörter wie „kaum noch, wenig oder verminderte“ implizierten, dass noch eine geringe Ernährungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr weiterhin bestand. Wenn solche einschränkenden Attribute nicht erwähnt wurden, ging man von einem radikalen Verzicht aus.



### 3.3.7 Reanimation

Um besser analysieren zu können, wie mit dem FVNF in der Ärzteschaft umgegangen wird wurde zusätzlich erfasst, ob eine Reanimationsbehandlung stattfand. Dies war explizit auf der Todesbescheinigung vermerkt.

### 3.3.8 Epikrise

Die Epikrise folgt keiner internationalen Vorgabe, stellt jedoch eine sinnvolle Ergänzung der Kausalkette und des Verlaufs dar und hilft dem Rechtsmediziner, der z.B. die zweite Leichenschau vor der Feuerbestattung durchführt bei der Überprüfung der Plausibilität der getätigten Angaben auf dem Totenschein. Hier können z.B. kurze Angaben zum Hergang eines Unfallgeschehens oder der Auffindesituation bei unbekanntem Verstorbenen gemacht werden (Böhm, 2017). Die Epikrise wurde hinsichtlich wichtiger Zusatzinformationen durchsucht. Hier wurde beispielsweise erfasst, wenn eine Patientenverfügung vorlag oder der Patient die Therapie explizit verweigerte. Aussagen wurden systematisch notiert und gleiche Aussagen zusammengefasst.

Insbesondere Informationen, die eine Beschreibung des FVNF beinhalteten, wurden genau beleuchtet. Um die Diversität der verwendeten Begrifflichkeiten etwas einzugrenzen, wurden Gruppen der jeweiligen Formulierung gebildet. So wurde zum Beispiel bedeutungsideologische Begriffe wie „Inappetenz“ und „Appetitlosigkeit“ zusammengefasst. Formulierungen wie „kaum gegessen und getrunken“ und „abnehmende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ wurden dem Oberbegriff „Reduzierte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ zugeordnet. Es wurde weiterhin auf die Wortwahl bezüglich der Konsequenz des Nahrungsverzichts geachtet.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Demografischer Überblick

Zwischen dem 01.01.2019 und dem 31.12.2019 wurden im Landkreis Vorpommern-Greifswald 3548 Todesbescheinigungen ausgestellt und im Institut für Rechtsmedizin der Universität Greifswald kontrolliert. Davon konnten 244 (6,87%) Verstorbene anhand der zuvor festgelegten Kriterien mit dem Tod in Verbindung mit einem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zugeordnet werden.

Es wurde die Altersverteilung des Gesamtkollektivs von 244 verstorbenen Personen im Zusammenhang mit FVNF untersucht. Bei dieser Untersuchung war der jüngste Verstorbene 61 Jahre und der Ältteste 107 Jahre alt. Demnach erfolgte die Alterskategorisierung in unterschiedliche Altersklassen zwischen 61 und 107 Jahren in 5- Jahresschritten. Die meisten Personen starben in einem Alter von 89 Jahren (Anzahl (n) = 23;  $\approx$  9,35% des Gesamtkollektivs), gefolgt von den 87-Jährigen (n = 17;  $\approx$  6,91% des Gesamtkollektivs). 84,9% (n= 209) des Gesamtkollektivs der verstorbenen Personen waren 80 Jahre oder älter. Der Altersdurchschnitt der Verstorbenen lag bei 86,3 Jahren.

Bei einer Person wurde kein Geburtsdatum angegeben und somit konnte kein Alter ermittelt werden.

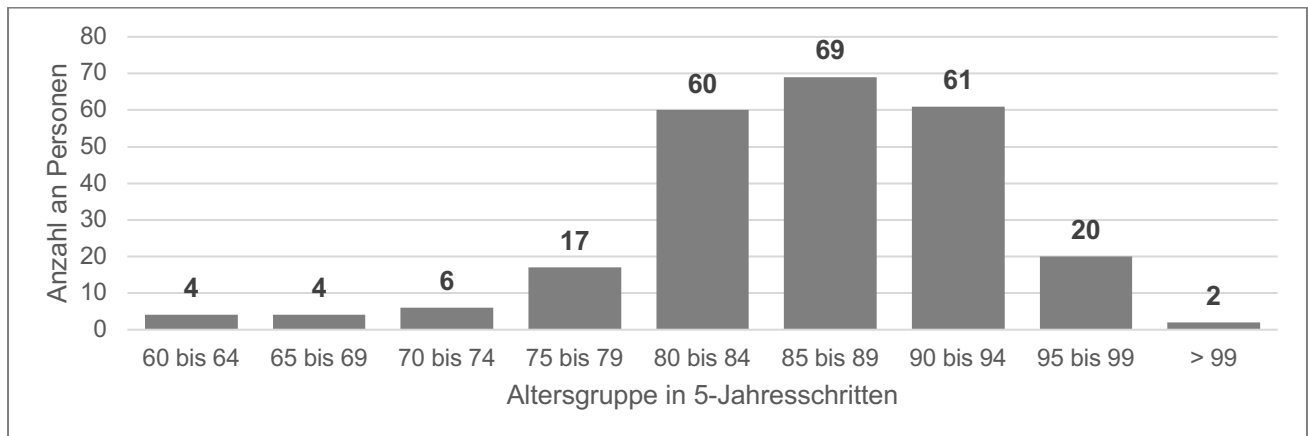


Abbildung 6 - Altersverteilung der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen (Eine Person ohne Geburtsdatum)

Vom Gesamtkollektiv konnten 164 Verstorbene dem weiblichen Geschlecht und 80 dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden. Damit waren die Frauen im Gesamtkollektiv mit ca. 67,21% deutlich häufiger vorhanden, während Männer nur einen Anteil von 33,20%

ausmachten. Der Häufigkeitsgipfel bei den Frauen lag in der Altersgruppe der 90- bis 94-Jährigen. Der weibliche Altersdurchschnitt betrug 87,5 Jahre. 89,6% (n=146) der Frauen waren 80 oder älter. Verstorbene des männlichen Geschlechtes zeigten ihren Häufigkeitsgipfel bereits deutlich früher, nämlich zu gleichen Anteilen in den Altersgruppen der 80- bis 84- Jährigen und 85- bis 89-Jährigen. Der männliche Alter lag im Schnitt bei 83,9 Jahren, wovon 82,5% (n=66)  $\geq$  80 Jahre alt waren.

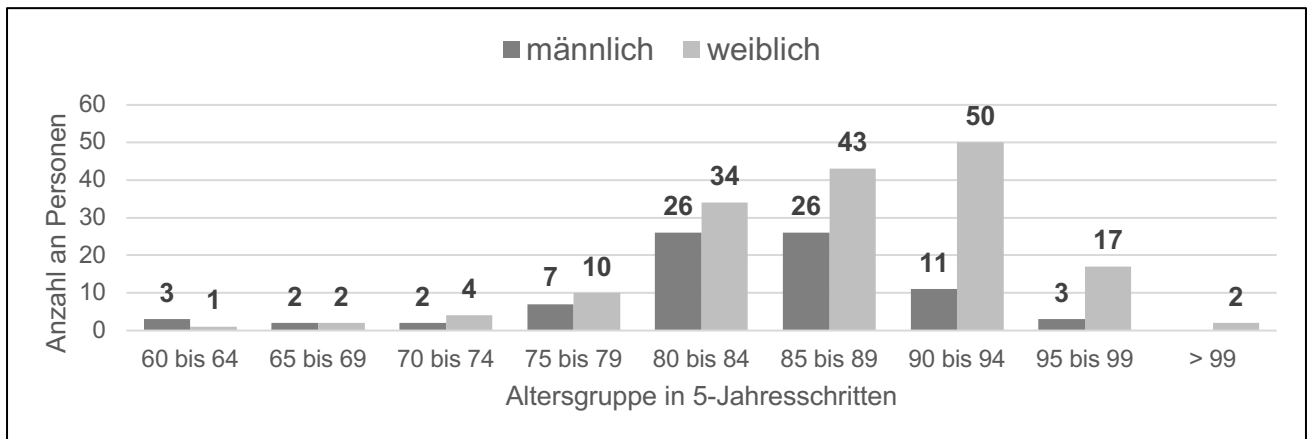


Abbildung 7 – Altersverteilung innerhalb des jeweiligen Geschlechts der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen (Eine Person ohne Geburtsdatum)

## 4.2 Sterbeort

Von den im Jahre 2019 im Landkreis Vorpommern-Greifswald mit FVNF-Verstorbenen Personen verstarben die meisten in einer Altenpflegeeinrichtung (n = 157;  $\approx$  64,34% des Gesamtkollektivs). 71 ( $\approx$  29,10%) Personen verstarben in der Wohnung. Der Sterbeort Krankenhaus wurde in 16 ( $\approx$  6,56%) Fällen ermittelt. Somit verstarben mit 70,90% (n=173) deutlich mehr als die Hälfte der Personen in einer externen Einrichtung. Nur 29% der Verstorbenen waren bis zum Lebensende in ihrer eigenen Wohnung geblieben.

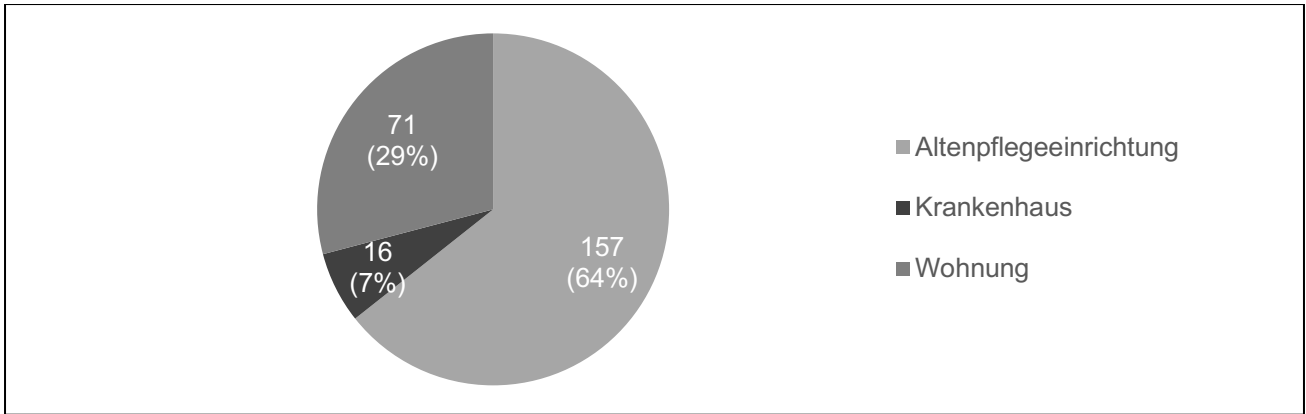


Abbildung 8 – Verteilung der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen nach dem jeweiligen Sterbeort

### 4.3 Todesart

Die Klassifikation der Todesart war sehr eindeutig. 99,18% (n= 242) der leichenschauenden Ärzte entschieden sich für die Todesart „Natürlich“. In 2 Fällen (=0,82%) wurden Anhaltspunkte für einen „Nicht-Natürlichen Tod“ erkannt. Das Feld „Todesart ungeklärt“ wurde in keinem ausgewerteten TS angekreuzt.

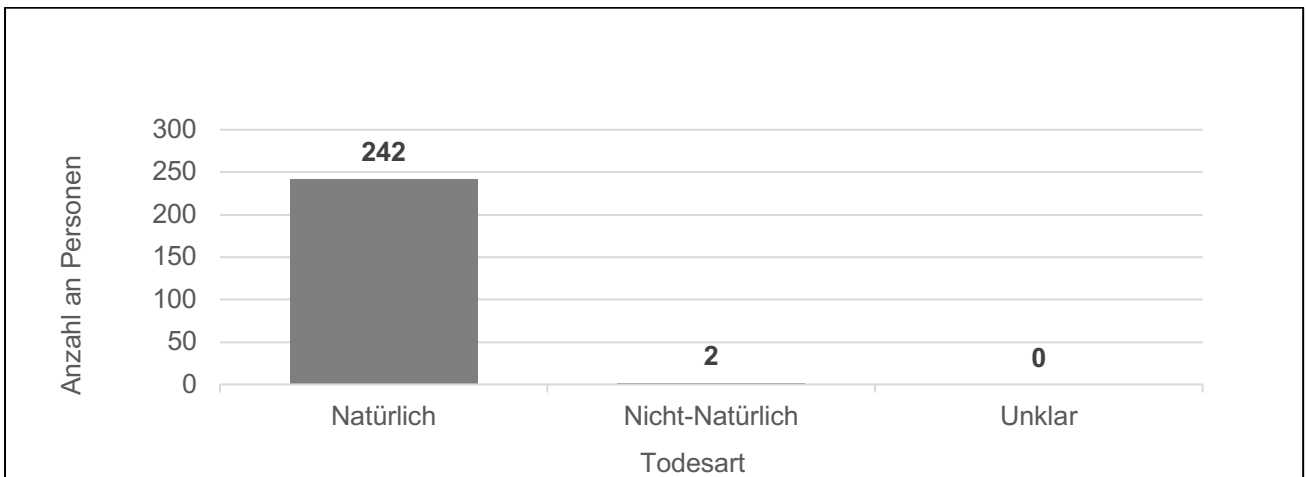


Abbildung 9 – Verteilung der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen nach der Klassifikation der Todesart

In beiden Fällen, bei denen eine Nicht-Natürliche Todesart klassifiziert wurde, war ein FVNF nicht Grundlage dieser Entscheidung. Im ersten Fall war die Ursache eine vorangegangene Oberschenkelhalsfraktur.

Diese Immobilisierung führte zu einer Allgemeinzustandsverschlechterung mit Ablehnung von Nahrungsmitteln und letztendlich zum Tod.

Todesursache/Klinischer Befund		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	Tage	E 81.6
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von	17.11.2018	S 72.9
	c) als Folge von (Grundleiden)	Jahre	M 80.99
II. Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen	Alzheimer Demenz	Jahre	F 00.9*
	Magenkarzinom / Magenteilresektion (v.d.)	Jahre	K 91.9
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein			
<b>Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)</b>			
Pat. ist um 02.50 Uhr im Bett tot gefunden. Er hat in den letzten Tagen die Nahrungsmittel abgelehnt und lehnte auch ab zu trinken. Daher bei ihm zunehmende Exsikkose und AZ-Verschlechterung. Am 17.11.2018 ist der Pat. gestürzt und hat sich eine SHF zugezogen. Er wurde am 18.11.18 operiert. Als Vorerkrankungen seien Osteoporose, Alzheimer Demenz, DM bekannt.			
<b>Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache</b>			
Z. B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	schenkelhalbsfraktur links nach Sturz aus dem Bett		
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels		E 572.9
	Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
	<input checked="" type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)

Abbildung 10 – Beispiel 1 Todesbescheinigung mit „Nicht-natürlicher Todesart“

Im zweiten Fall besaß der leichenschauende Arzt keine Personenkenntnis des Verstorbenen und fand Hämatome und Hauteinblutungen an der Leiche. Bei diesen Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen Tod wurde die Kriminalpolizei für die Leichenschau involviert. Die Nahrungsverweigerung wurde zwar als unmittelbare Todesursache unter Ia angegeben, stellte jedoch nicht den Grund dar, warum zunächst eine Nicht-Natürliche Todesart angenommen wurde.

Todesursache/Klinischer Befund		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache <i>Nährungsverweigerung</i>	<i>Wochen</i>	<i>T73.0</i>
Vorangegangene Ursachen	b) als Folge von		
Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	c) als Folge von (Grundleiden) <i>Demenz</i>	<i>Jahre</i>	<i>F01.3</i>
II. Andere wesentliche Krankheiten	<i>art. Hypertonie</i>	<i>Jahre</i>	<i>I10.0</i>
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen			
Obduktion angestrebt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein		
Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)			
<i>Mit unbekanntem Pat.: Mutter von Mütterchenst vorgefunden worden. beh. Demenz, seit 1 Woche AZ-Verschlechterung. Unbeobachteter Sturz am 27.05.19 -&gt; Epileptische Klf (amplitude): Schädelprellung + Hbr-Prellung links. In der linken Schläfe Prellmarke Hbr rechts + wtl. Pericall links. Kripo wurde hinangezogen -&gt; gemeinsame Leichenschau</i>			

Abbildung 11 – Beispiel 2 Todesbescheinigung mit „Nicht-Natürlicher Todesart“

#### 4.4 Fachrichtung des leichenschauenden Arztes

Aus 239 Todesbescheinigungen konnte aufgrund der dortigen Angaben des Arztstempels oder dem Nachschlagen in einem Ärzteverzeichnis die Fachrichtung des leichenschauenden Arztes ermittelt werden. In 5 Fällen konnte nur die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ohne dazugehörige Fachrichtung festgestellt werden.

Der größte Teil der leichenschauenden Ärzte entfällt auf die drei Facharztgruppen der Allgemeinmediziner (45,08%; n=110), Internisten (16,39%; n=40) und praktischen Ärzte (13,52%, n=33). Von Neurologen, Allgemeinchirurgen, Unfallchirurgen/Orthopäden, Anästhesisten, Gynäkologen, Pädiatern, HNO-Ärzten, Urologen und Psychiatern wurden insgesamt 52 Totenscheine ausgestellt. Fachärzte der Bereiche Augenheilkunde, Physikalische Rehabilitation, Pathologie und Radiologie stellten jeweils nur einen Totenschein in Zusammenhang mit FVNF aus.

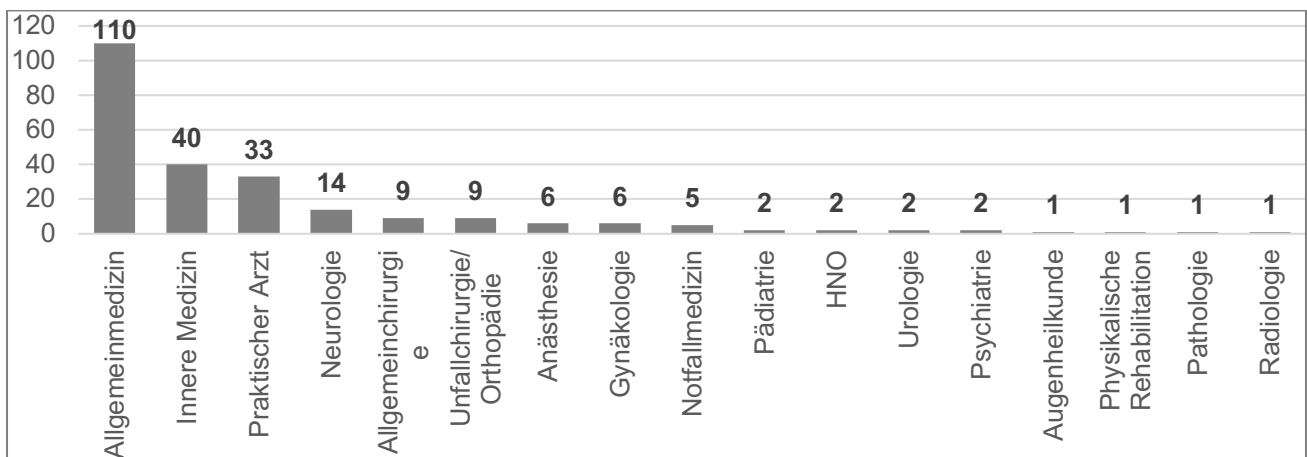


Abbildung 12 – Anzahl an ausgefüllten Todesbescheinigungen innerhalb der jeweiligen Fachgruppe der Ärzte bezogen auf die Kohorte der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen

#### 4.5 Ärztliches Verhältnis zum Verstorbenen

Von allen Ärzten, die den Tod eines mit FVNF Verstorbenen auf einem Totenschein dokumentierten, waren 162 (66,66%) Notärzte oder im kassenärztlichen Notdienst. 63 (25,93%) Ärzte waren gleichzeitig auch zuletzt behandelnde Ärzte und damit die Hausärzte der verstorbenen Person. In 18 (7,41%) Fällen wurde die Todesbescheinigung durch einen Krankenhausarzt ausgestellt. In einem Fall wurde keine Angabe zu dem Punkt „Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt“ gemacht und damit konnte keine Arzt-Patienten-Beziehung ermittelt werden, daher wird von einer Gesamtzahl von n=243 ausgegangen.

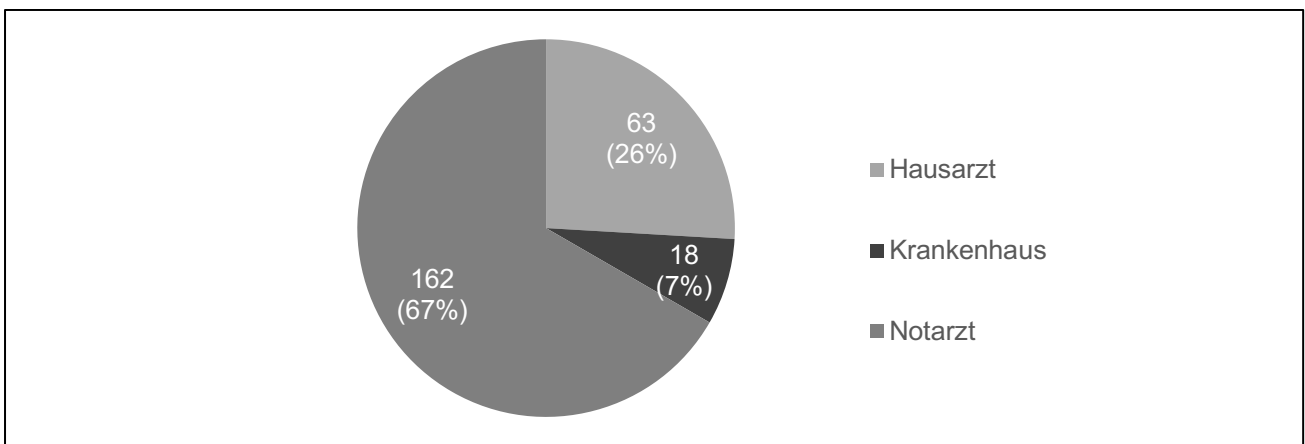


Abbildung 13 – Anzahl ausgefüllter Todesbescheinigungen innerhalb der jeweiligen Arzt-Patienten-Beziehung – Gruppe, bezogen auf die Kohorte der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen

#### 4.6 Genauigkeit der Angaben zur Fastendauer

Von insgesamt 244 Totenscheinen wurden 65 Exemplare ohne Angabe zur Fastendauer ausgestellt. 109 leichenschauende Ärzte machten eine präzise Angabe mit genauer Fastendauer oder Angabe des Datums, seit welchem gefastet wurde. 70 leichenschauende Ärzte machten unpräzise Angaben. Davon gaben 36 Ärzte eine Fastenzeit von „Tagen“ und 28 Ärzte von „Wochen“ an. 6 Ärzte sprachen von einer „zuletzt“ verminderten oder ausbleibenden Nahrungs- bzw. Flüssigkeitszufuhr.

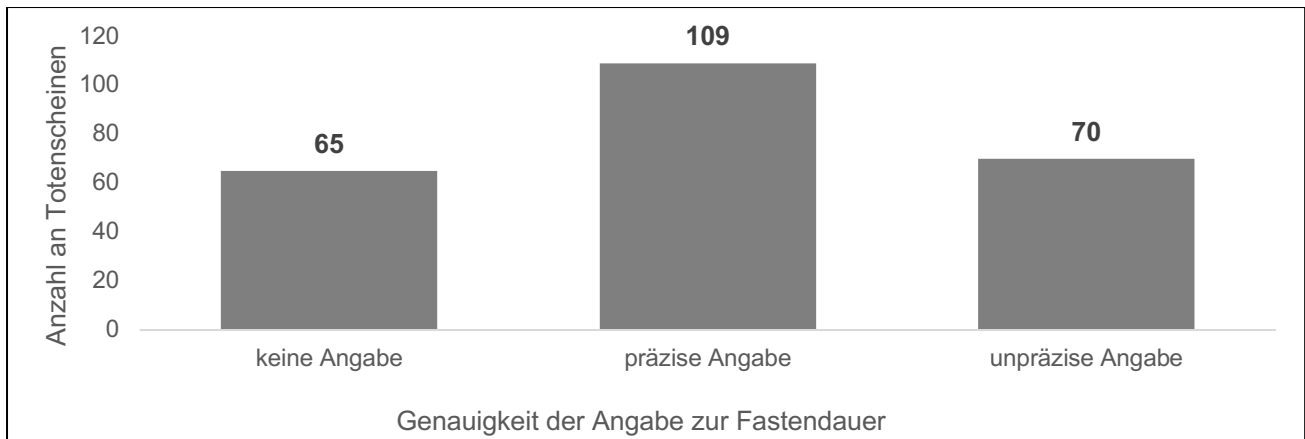


Abbildung 14 – Genauigkeit der auf der Todesbescheinigung vermerkten Angabe der Fastendauer von in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen

Die Angaben zur Genauigkeit der Fastendauer auf den Totenscheinen variierten je nachdem in welcher Arzt-Patienten-Beziehung der leichenschauende Arzt und der Verstorbene standen.

Unter den Hausärzten gaben mit 51% die Hälfte (n=32) eine präzise Angabe über die Dauer des Fastens an. Die Häufigkeit für die Option „keine Angabe“ und „unpräzise Angabe“ wichen nur unwesentlich voneinander ab. Während 28% der Hausärzte (n=18) keine Fastendauer angaben, machten 21% der Hausärzte (n=13) nur eine unpräzise Angabe.

Von den Krankenhausärzten machten die Hälfte (50%, n=9) der Ärzte keine Angabe zur Dauer des Fastens. 33% (n=6) konnten eine präzise Fastendauer angeben, während 17% (n=3) eine unpräzise Dauer in der Todesbescheinigung notierten.

Die Verteilung unter den Notärzten ähnelte wieder eher dem der Hausärzte. Auch hier gab die Mehrheit von 44% (n=71) eine präzise Fastendauer an. Im Unterschied zu den Hausärzten machten dann mit 34% (n=55) eine unpräzise Angabe und 22% (n=36) verzichteten auf die Angabe einer Fastendauer.



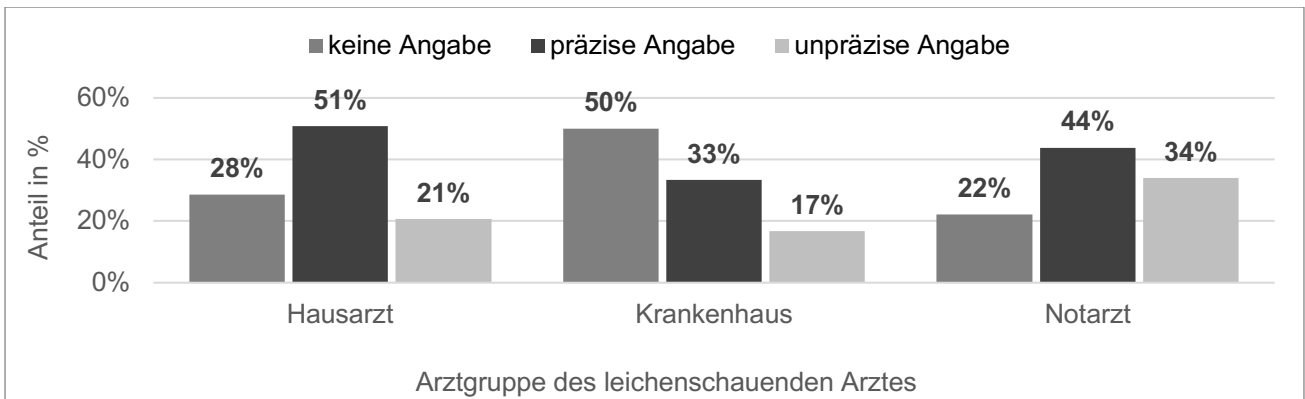


Abbildung 15 – Prozentualer Anteil der Angabengenauigkeit der Fastendauer innerhalb der jeweiligen Arzt-Patienten-Beziehung - Gruppe

#### 4.7 Fastendauer

Zur Untersuchung der Fastendauer wurden jene Totenscheine herangezogen, die eine präzise Fastendauer nannten. Die Angabe mit der kürzesten Fastendauer lag bei 1 Tag und die längste bei 42 Tagen. Die durchschnittliche Fastendauer betrug 11,8 Tage. Ein Wert eines Sterbefastenden wich mit einem Jahr Fastenzeit auffallend von den restlichen Werten ab und wurde deswegen für die Berechnung der durchschnittlichen Fastendauer des Gesamtkollektivs nicht berücksichtigt.

Es erfolgte die Einteilung der Fastenintervalle zwischen 1 und 42 Tagen in wöchentliche Abschnitte. Fast die Hälfte (48,62%, n=53) der Verstorbenen fasteten über einen Zeitraum von 1-7 Tagen. 32 (29,36%) der Verstorbenen vollzogen 8-14 Tage einen FVNF, ehe sie verstarben. Die restliche Fastendauer reichend von 15 bis mehr als 28 Tage machten eine Gesamtzahl von 24 (22,02%) aus. Hierunter waren 10 Verstorbene in der Gruppe der 15-21 Tage Fastenden, 9 Verstorbene fasteten 22-28 Tage und 5 Verstorbene praktizierten das Fasten länger als 28 Tage.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass rund  $\frac{3}{4}$  der Verstorbenen eine Fastendauer unterhalb von 2 Wochen praktizierten. Die Anzahl der Fastenden nahm mit der Länge der Fastenzeit stetig ab.

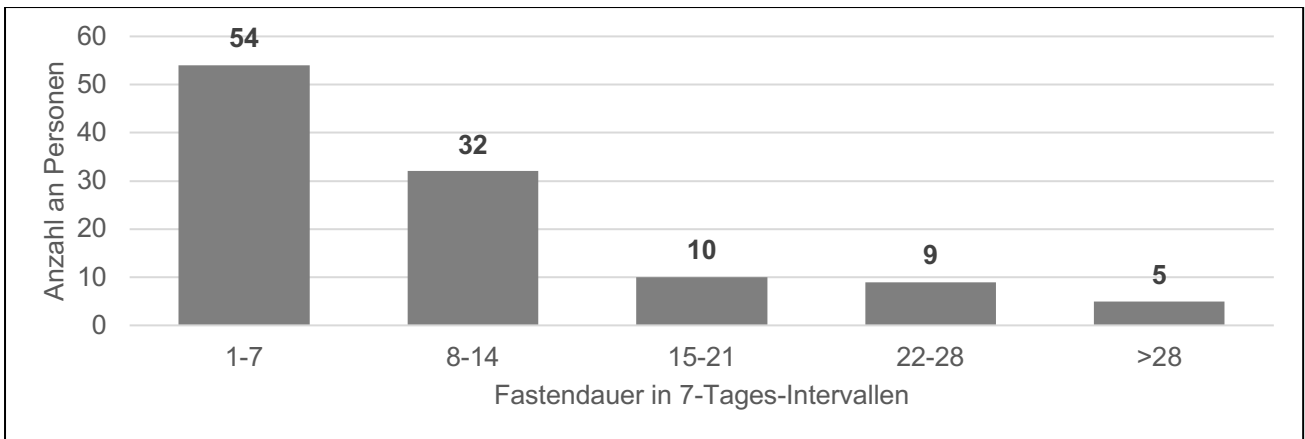


Abbildung 16 – gesamte Fastendauer in Tagen zusammengefasst in 1-wöchentlichen Intervallen

Die durchschnittliche Fastendauer unterschied sich, bezogen auf das Geschlecht der Verstorbenen, kaum. Frauen fasteten im Durchschnitt 11,90 Tage, bis sie verstarben, während es bei Männern durchschnittlich 11,28 bis zum Eintritt des Todes dauerte.

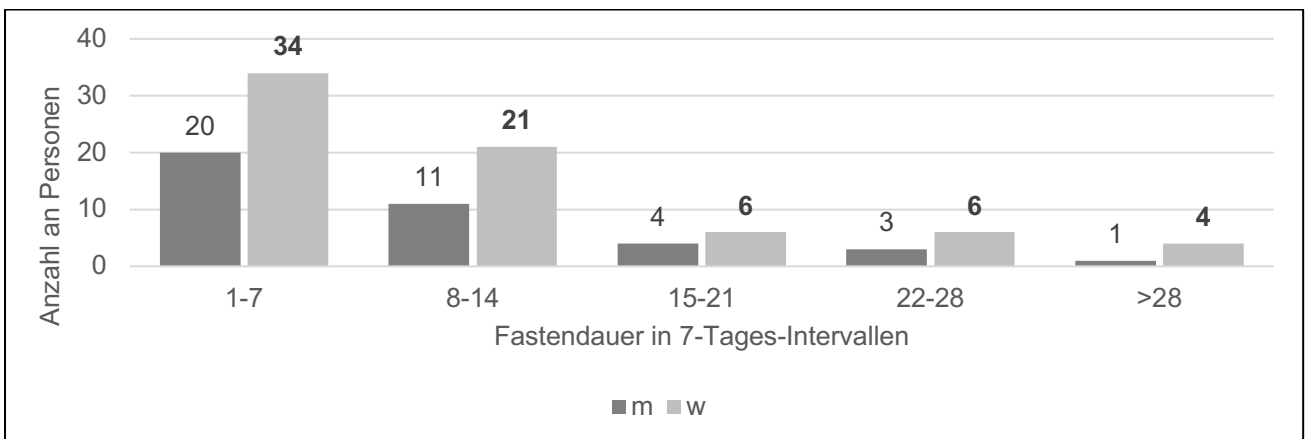


Abbildung 17 – gesamte Fastendauer in Tagen zusammengefasst in 1-wöchentlichen Intervallen, eingeteilt in männliches und weibliches Geschlecht

#### 4.8 Reanimation

Von den 244 Verstorbenen des Gesamtkollektivs wurde eine Reanimation auf 4 Totenscheinen dokumentiert. In der Mehrzahl von 229 Todesfällen fand laut Totenschein keine Reanimationsbehandlung statt. In 10 Fällen war der Totenschein mangelhaft ausgefüllt und es wurden keine Angaben zu einer Reanimationsbehandlung gemacht. Nachfolgend ist die Epikrise der reanimierten Verstorbenen im Wortlaut dokumentiert:

1. Reanimation durch Ersthelfer: „Zuletzt...., in EKG SR lt. Epikrise, typische Herzkrankheit, zahlreiche Sedativa + Antihypnotika am Abend, reduzierte Nahrungs-

und Flüssigkeitszufuhr, Unwohlsein, bei abendlichem Rundgang leblos vor dem Bett liegend aufgefunden ohne äußere Verletzungen, Ersthelferanimation durch Pflege, Notarzt im EKG Nulllinie, keine Lebenszeichen.“

2. Reanimation durch Notarzt: „Seit Monaten langsame Reduktion des Allgemeinzustands, reduzierte Nahrungsaufnahme, heute akute Herzinsuffizienz mit erfolgloser Reanimation. Herzversagen.“
3. Reanimation durch Notarzt: „Seit vielen Jahren Pflege in spezieller Einrichtung für Schwerbehinderte; in letzten Wochen schleichende AZ-Verschlechterung, zunehmend weniger gegessen und getrunken; heute im Bett liegend ohne Lebenszeichen.“
4. Reanimation durch Krankenhausarzt: „Seit Jahren Depressionen mit Essstörungen und Kachexie bei Nahrungs- u. Med.- Verweigerung in der Folge zunehmender Mangelzustand, Zwangsernährung zum 04.12.19 genehmigt, zuvor Patient mit freier Willensbestimmung. In der Folge Herzinsuffizienz mit Herz-Kreislaufstillstand.“

#### **4.9 Todesursachen und Grunderkrankungen**

Um die breite Variabilität der Todesursachen und Begleiterkrankungen übersichtlicher zu gliedern, wurden die jeweils notierten Erkrankungen in sinnvolle Gruppen zusammengefasst. Eine ausführliche Liste mit allen Einzeldiagnosen befindet sich im Anhang (7.2 Tabelle 1).

Die häufigste notierte Diagnose bildeten die „Krankheiten des Herzens“, worunter alle Krankheiten mit den ICD Codes I05-I52 gezählt wurden. Insbesondere waren hier die Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankungen, Kardiomyopathien und Herzrhythmusstörungen erwähnt. Bei einem gut einem Viertel der Verstorbenen (27,05%, n=66) wurden diese Herzkrankheiten als unmittelbare Todesursache angegeben. An zweiter Stelle standen mit 172 Fällen die „Symptome, und abnorme klinische Befunde“ (ICD10 Gruppe R00 – R99). In 38 Fällen (15,57%) wurden Symptome wie Abnorme Gewichtsabnahme (R63.4), ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit (R63.6) und Sonstige Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen (R63.8) genannt. Bei je 33 Verstorbenen wurde „Senilität“ (R54) angegeben.

Eine weitere sehr häufig erwähnte Erkrankung war die Demenz. Insgesamt wurde sie 140-mal auf den Todesbescheinigungen vermerkt. Davon wurde sie insgesamt bei 80 Fällen in den Zeilen Ia-Ic, und demnach als unmittelbarer Teil der Todesursachenkaskade angegeben. In 60 Fällen wurde die Demenz als eine wesentliche Begleiterkrankung genannt.

Todesursache/Klinischer Befund	Zeile im Totenschein					Σ
	Ia	Ib	Ic	II	II	
Krankheiten des Herzens (I05-I52)	66	58	58	55	42	279
Symptome und abnorme klinische Befunde (R00-R99)	83	44	21	16	8	172
Demenz (F00-F03)	9	32	39	31	29	140
Krankheiten der Niere (N00-N29)	33	6	9	28	16	92
Diabetes mellitus (E10-E14)	0	2	4	31	15	52
Stoffwechselstörungen (E70-E90)	15	23	4	2	2	46
Bösartige Neubildungen (C00-C97)	10	8	12	8	7	45
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	6	1	3	9	6	25
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	0	1	4	9	8	22
Akute Infektion der Atemwege (J00-J22)	10	3	2	1	1	17
Krankheiten der peripheren Gefäße (I70-I89)	1	3	6	5	2	17
Krankheiten des Atmungssystems (J30-J99)	6	3	1	4	0	14
Affektive Störungen (F30-F39)	0	2	0	2	4	8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	2	2	2	1	1	8
Ernährungsassoziierte Krankheiten (E40-E68)	0	5	1	1	0	7
Krankheiten der Schilddrüse (E00-E07)	0	0	0	2	5	7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99)	0	1	1	3	2	7
Krankheiten des Blutes und Immunsystems (D50-D90)	0	0	2	2	1	5
Sonstige Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	0	0	1	0	3	4
Bakterielle Infektionskrankheiten (A00-A79)	3	0	0	1	0	4
Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems (N20-N99)	0	0	1	0	0	1
Krankheiten der Haut und Unterhaut (L00-L99)	0	0	0	1	0	1
Äußere Verletzungen (S00-S99)	0	1	0	0	0	1
Σ	244	195	171	212	152	974

Abbildung 18 – Auf der Todesbescheinigung unter Ia bis II erfasste Todesursachen, in Gruppen der ICD-10-Systematik zusammengefasst (Mehrfachnennungen möglich)

Um die Morbidität der Verstorbenen besser analysieren und vergleichen zu können, erfolgte die Ermittlung einer korrigierten Grunderkrankung wie unter 3.3.3 beschrieben. Bei 1 (n=68) der Patienten konnte anhand der Untersuchung der Todesbescheinigungen als Todesursache nur die „Altersschwäche“ ermittelt werden. Hierzu zählten alle Patienten, die nicht an einer lebensbedrohlichen Grunderkrankung litten, sondern aufgrund der Multimorbidität im Alter verstarben.

Bei 178 Patienten (72,13%) hingegen konnte eine lebenslimitierende Erkrankung ermittelt werden. Hierunter waren die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 22,54% (n=55) am häufigsten vertreten. Darunter waren 23 Fälle (43,39%) von Ischämischen Herzkrankheiten, 21 Fälle (39,62%) sonstiger Formen der Herzkrankheit wie Herzinsuffizienz, 9 Fälle (16,98%) einer Hypertonie) und 2 Patienten (1,81%) mit pulmonaler Herzkrankheit. An zweiter Stelle der Grunderkrankungen stand als Teil der organisch psychischen Störungen die Demenz, was einen Anteil von 20,49% (n=50) der verstorbenen Kohorte ausmachte. Krebserkrankungen machten einen Anteil von etwa 13,52% (n=33) aus. Hierbei sind alle Formen der bösartigen Neubildungen der Kapitel C00-C97 des ICD-10 Registers eingefasst. Eine Krankheit des Atmungssystems konnte in 16 Fällen (6,56%) als Grundleiden identifiziert werden. 12

(4,91%) der Verstorbenen litten an einer Niereninsuffizienz. Die Erkrankungen Apoplex und Chronischer Harnwegsinfekt waren mit 8 (3,28%) und 2 Fällen (0,82%) eher selten vertreten.

<b>Grunderkrankung</b>	<b>Anzahl</b>
Altersschwäche	68
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	55
Demenz	50
Krebserkrankung	33
Krankheiten des Atmungssystems	16
Niereninsuffizienz	12
Apoplex	8
Chronischer Harnwegsinfekt	2
$\Sigma$	244

*Abbildung 19 – Angabe der Häufigkeit der vorliegenden korrigierten Grunderkrankung innerhalb der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen*

#### **4.10 Begleitumstände in der Epikrise**

In der analysierten Sammlung von Todesbescheinigungen entschied sich die Mehrheit von 95,49% (n=233) der leichenschauenden Ärzte dafür, nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleitkrankheiten in der Epikrise zu machen. Nur 11 der leichenschauenden Ärzte nutzten diese Option nicht und ließen das Epikrisenfeld leer (4,51%). In vielen Fällen wurde versucht, eine Chronologie des Sterbeprozesses zu formulieren oder zumindest weiterführende Ursachen für das Ableben des Patienten zu finden. Am häufigsten wurden Sachverhalte um den Themenkomplex „Palliative Therapie“ und damit einhergehend ein Abbruch der aktuellen Kausaltherapie genannt. Insgesamt konnten hierzu 88 Patienten (36,07%) ermittelt werden. Darunter wurde bei 44 Patienten auf eine bereits bestehende palliative Therapiesituation hingewiesen. In wiederum 34 (13,93%) Fällen wurde der Prozess des Therapieabbruchs beschrieben, wobei hiervon 26 leichenschauende Ärzte eine „Ablehnung der Therapie“ allgemein beschreiben und in 18 Fällen speziell auf die „Ablehnung der Medikamente“ eingegangen wird. 13 Patienten (5,33%) erhielten im Rahmen ihrer palliativen Therapie eine medikamentöse Versorgung mit Sedativa.

Am zweithäufigsten wurde die „Verschlechterung des Allgemeinzustands“ (n=85; 36,48%) genannt.

Auch die Immobilität spielte in den letzten Lebenswochen eine Rolle bei den Sterbenden. In 23 Fällen (=9,87%) berichtet der leichenschauende Arzt davon in der Epikrise. Hiervon wurden die meisten Patienten (n=11) als „immobil“ beschrieben und knapp die Hälfte der

Patienten (n=12) sogar als „bettlägerig“. Auch der „körperliche Abbau“ (n=2) und die „körperliche Entkräftigung“ (n=1) wurden genannt und beschrieben hier die abnehmende körperliche Verfassung der Sterbenden. Analog hierzu wurde eine Immobilität zusätzlich in 15 Fällen in dem Abschnitt Todesursachen (Ia-II) erwähnt, entsprechend als ICD-Diagnose verschlüsselt. Davon wurde in 7 Fällen die Immobilität sogar als Grundleiden (Ic) beschrieben. Zusammenfassend wurde die Immobilität bei 42 Patienten (17,21%) des Gesamtkollektivs thematisiert und somit als wichtiger Teil für die Kausalkette des Sterbens angesehen.

In einigen Todesbescheinigungen wurde auf eine akute Veränderung der bisherigen Lebenssituation eingegangen, welche in direkten Zusammenhang zum abnehmenden Lebenswillen gebracht wurde. Hier war bei 7,78% (n=19) ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Eintritt des Sterbeprozesses und einem kürzlichen Krankenhausaufenthalt beschrieben. In 17 weiteren Fällen wurden einschneidende Erlebnisse wie der Verlust des Ehepartners, ein Sturz, die Neudiagnose einer Erkrankung oder ein Pflegeheimwechsel als zentrales Ereignis genannt.

Ein fehlender Lebenswille (n=6) oder ein bestehender Sterbewunsch (n=4) wurden in insgesamt 10 Fällen (= 4,1%) konkret notiert. Das Vorliegen einer Patientenverfügung war bei 18 Patienten (= 7,38%) festgehalten.

5 Todesbescheinigungen beinhalteten den direkten Wunsch, trotz abnehmender Nahrungsaufnahme, auf Zwangsernährung zu verzichten. In nur einem Fall erfolgte in den letzten Lebenstagen noch eine Zwangsernährung und in einem weiteren Fall eine parenterale Ernährung. Bei 3 Patienten wurde aufgrund von Exsikkose eine Volumensubstitution initiiert.

In 7 Familien wurde das anstehende Ableben des sterbenden Angehörigen explizit kommuniziert und sie begleiteten diesen in seinen letzten Lebenstagen.

<b>Bericht aus der Epikrise</b>	$\Sigma$
Verschlechterung des Allgemeinzustands	85
Palliative Therapie	44
Z.n. Akutereignis (Sturz, Krankenhaus etc.)	36
Ablehnung der Therapie	25
Immobilität	23
Ablehnung der Medikamente	18
Gabe von Sedativa	13
Patientenverfügung vorliegend	12
Sterben im familiären Konsens	7
fehlender Lebenswille	6
Zwangsernährung abgelehnt	5
präfinaler Allgemeinzustand	5
Äußerung eines Sterbewunsches	4
Volumensubstitution	3
Multimorbidität	3
keine Kommunikation möglich	1
Parenterale Ernährung erfolgt	1
Delir	1
Zwangsernährung erfolgt	1

*Abbildung 20 – Häufigkeit zusätzlich berichteter Sachverhalte aus der Epikrise der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen (Mehrfachnennungen möglich)*

#### **4.11 Art der Dokumentation eines Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzichts**

Das Dokumentieren des VNF erfolgte in sehr unterschiedlicher Weise und an verschiedenen Stellen der Todesbescheinigung. Insgesamt entschieden sich 224 (91,80%) leichenschauende Ärzte für eine Erwähnung des FVNF in der Epikrise. Davon erwähnten 158 Ärzte einen Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzicht ausschließlich in der Epikrise. In 66 Fällen fand zusätzlich eine Codierung mittels ICD-Codes statt.

Insgesamt wurde auf 86 Todesbescheinigungen eine Verschlüsselung im Abschnitt Todesursachen mit ICD-Code angegeben. Dementsprechend verschlüsselten 20 (8,20%) leichenschauende Ärzte eine Form des „Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ ausschließlich mit einem ICD-Code ohne dazu eine weitere Beschreibung in der Epikrise anzufügen.

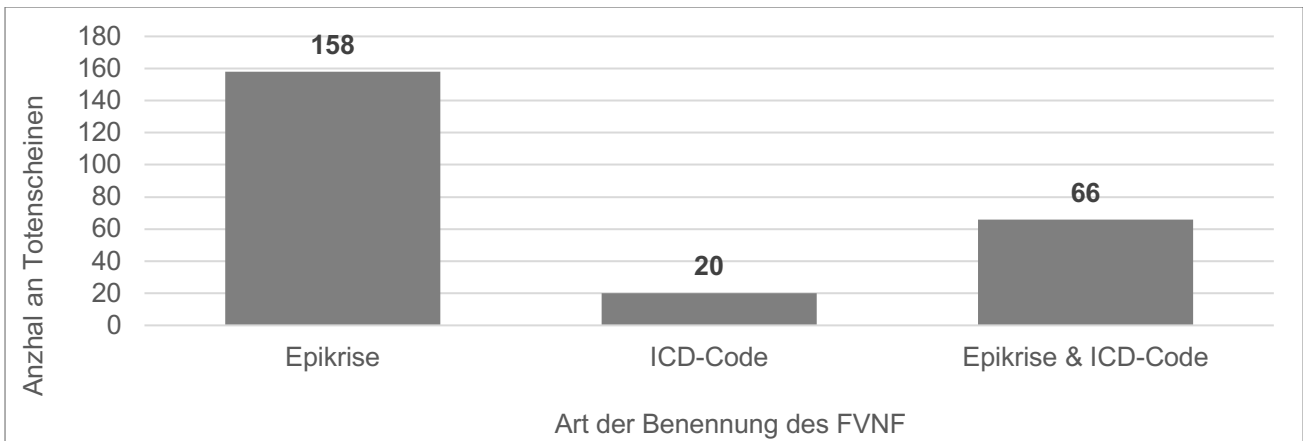


Abbildung 21 – Dokumentationsform des FVNF nach Ort der Erwähnung in der Todesbescheinigung der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen

#### 4.11.1 Epikrise

In den 224 Fällen, bei denen sich die leichenschauenden Ärzte für eine zusätzliche oder auch alleinige Beschreibung des FVNF in der Epikrise entschieden, wurde dies mittels verschiedener Formulierungen vorgenommen. Insgesamt konnten 43 verschiedene Formulierungen gezählt werden aus denen anschließend 11 Gruppen gebildet wurden. 123 leichenschauende Ärzte notierten eine „Verweigerung“ der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr, 46 Ärzte „Keine“ Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr und 41 Ärzte „Reduzierte“ Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr. In 10 Todesbescheinigungen wurde der Begriff „Appetitlosigkeit“ in Zusammenhang mit Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzicht genannt. 4-mal wurde die Nahrungsaufnahme als „Erschwert“ beschrieben.

Um eine bessere Auswertung zu gewährleisten, wurden anhand der gewählten Begrifflichkeiten Gruppen gebildet. Das genaue Vorgehen dabei wird unter 3.3.8 beschrieben.



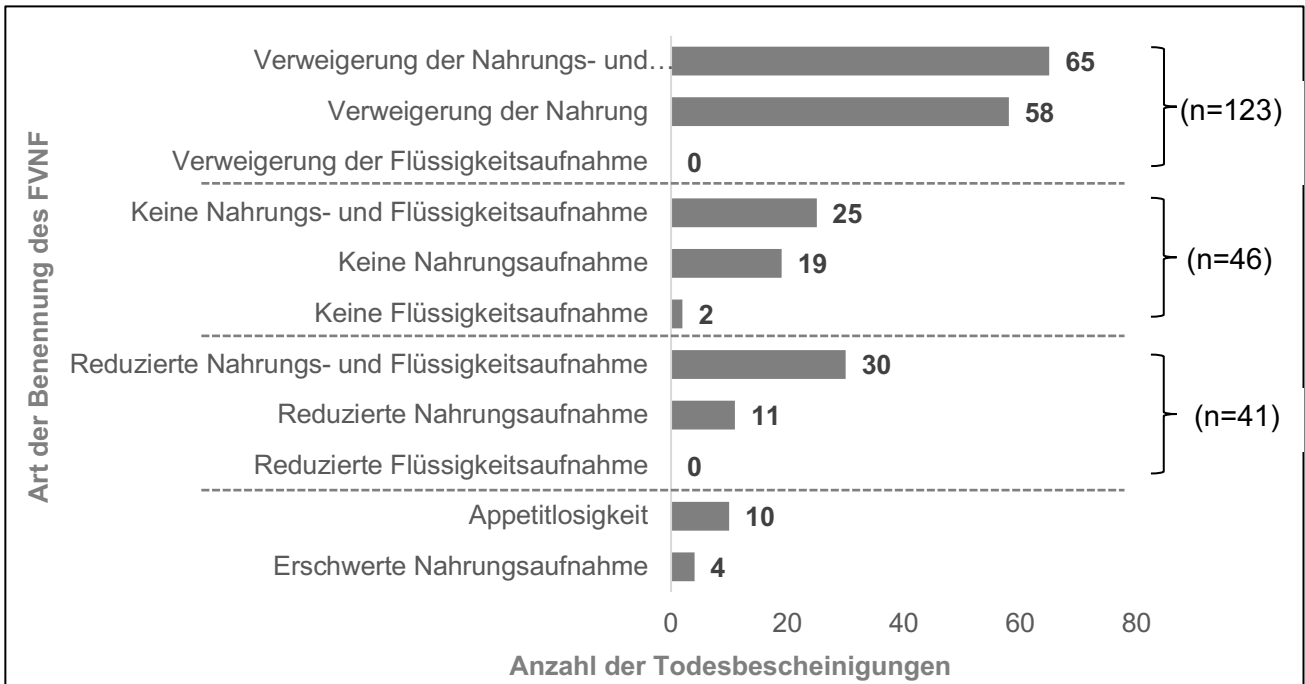


Abbildung 22 – Die häufigsten Benennungsarten des FVNF, die zur Dokumentation auf der Todesbescheinigung verwendet wurden, zusammengefasst in sinnverwandte Gruppen

Bezüglich der Konsequenz des Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsverzichts implizierten 74,55% (n=167) der Aussagen in der Epikrise einen absoluten Verzicht von Nahrung und/oder Flüssigkeit. Hiervon waren 40,18% (n=90) auf einen absoluten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht, 33,48% (n=75) auf einen absoluten Nahrungsverzicht und nur 0,89% (n=2) auf einen absoluten Flüssigkeitsverzicht zurückzuführen.

In 45 Fällen (20,09%) suggerierten Beschreibungen wie z.B. „kaum noch“, „wenig“ oder „verminderte“, dass eine geringe Ernährungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr weiterhin bestand. Demnach ließ jeder Fünfte eine geringe Resternährung und/oder Zufuhr von Flüssigkeit weiterhin zu. Davon praktizierten 30 Verstorbene (13,39%) einen inkonsequenten Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht und 15 Verstorbene (6,69%) einen inkonsequenten Nahrungsverzicht. Einen inkonsequenten Flüssigkeitsverzicht notierte hingegen kein Arzt in einer Todesbescheinigung. In 12 Fällen konnte aufgrund der Formulierungen in der Epikrise keine Annahme zur Konsequenz des Verzichts getroffen werden.

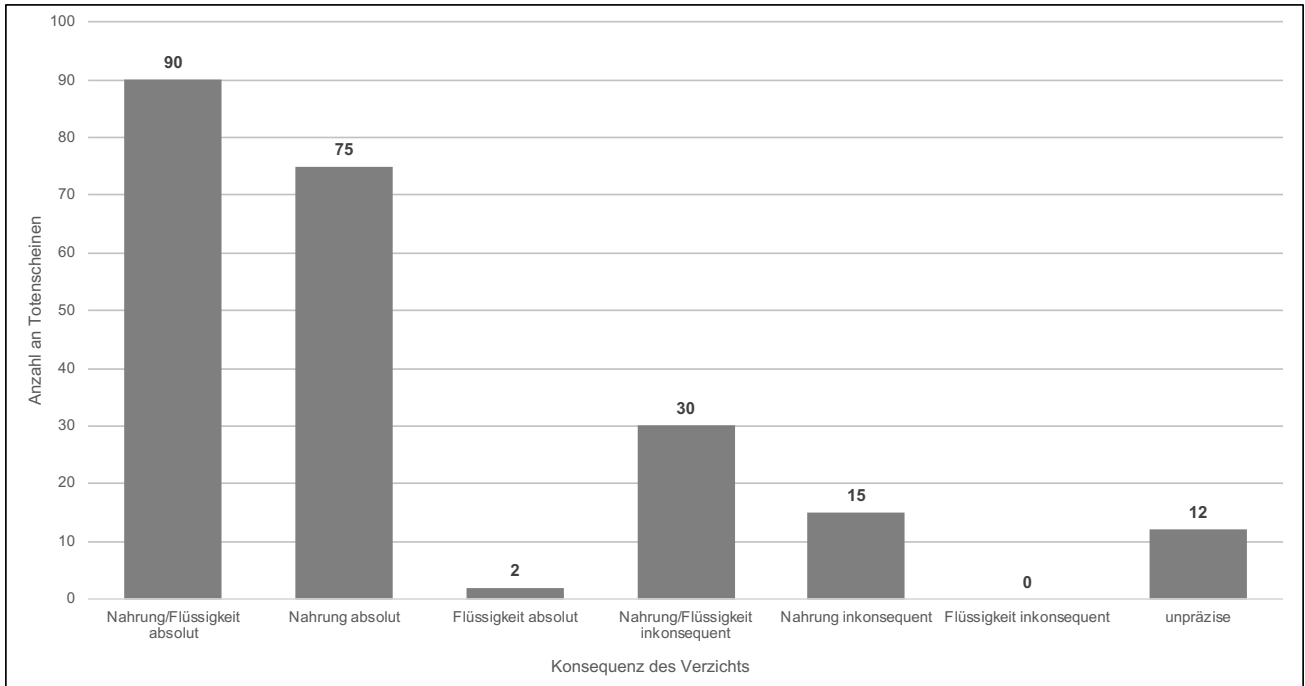


Abbildung 23 – Angabe der Häufigkeit nach Art und Konsequenz des Verzichts unterteilt in absoluten oder inkonsequenten Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzicht

Auch die Art des Verzichts unterschied sich in den Untersuchungen. Insgesamt wurde mit 53,57% (n=120) bei der Mehrheit der Beschreibungen sowohl ein Nahrungs- als auch ein Flüssigkeitsverzicht- bzw. Reduktion beschrieben. Bei 45,53% (n=102) der epikritischen Bemerkungen zum FVNF wurde nur der Verzicht oder das Reduzieren der Nahrung thematisiert. Ein ausschließlicher Flüssigkeitsverzicht wurde lediglich in 2 Fällen beschrieben.

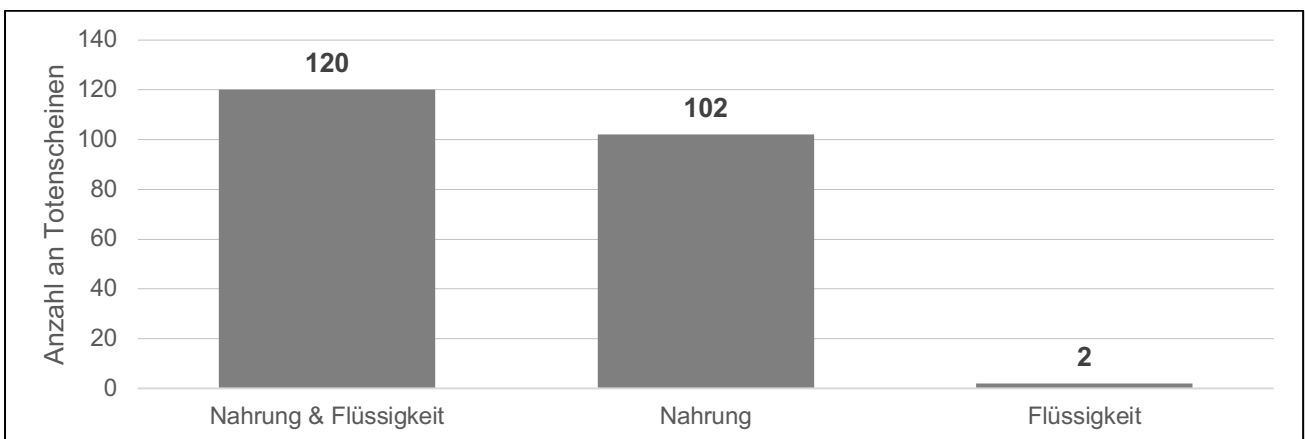


Abbildung 24 – Medium der Ablehnung der im Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen nach Häufigkeit

124 Ärzte (55,35%) wählten eine Beschreibung, die ein aktives Verhalten des Patienten vermuten lässt. Hier wurden vor allem Wörter wie „Verweigerung“ (n=107), „Ablehnung“ (n=5) oder auch Karenz (n=1) verwendet.

In 6 Fällen wurde eher ein passiver Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht impliziert. Hiervon wurde in 2 Fällen beschrieben, dass „keine Nahrungsaufnahme möglich“ war. 4 weitere Verstorbene hatten eine „erschwerte“ und „schlechte“ Aufnahme von Essen und Trinken. Hierbei wird suggeriert, dass eine Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme physiologisch erschwert oder sogar nicht mehr möglich war.

Aus 94 Totenscheinen war nicht erkennbar, ob eine passive oder aktive Verminderung der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr vorlag.

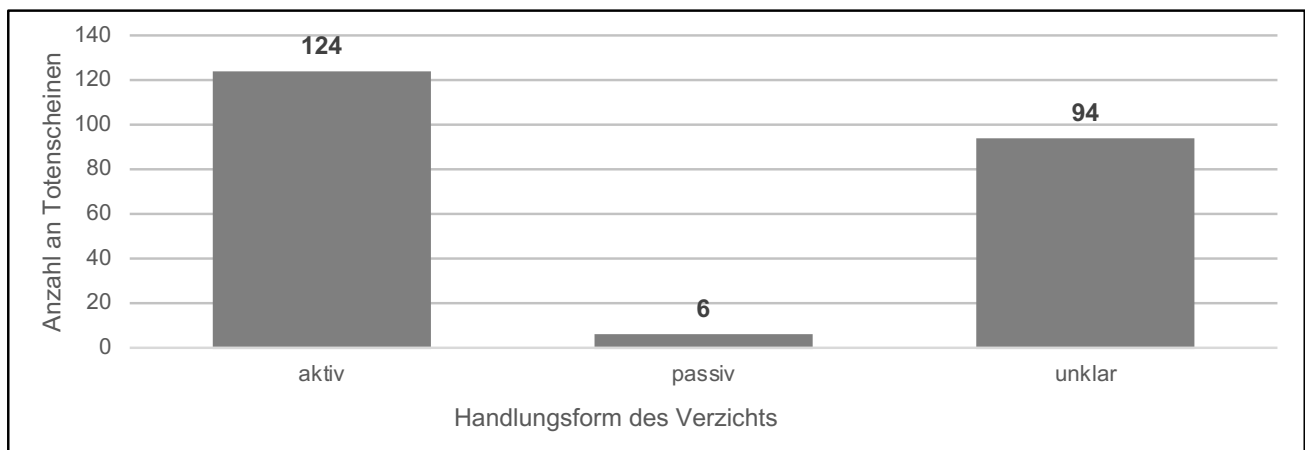


Abbildung 25 – Handlungsform des Verzichts der in Zusammenhang mit FVNF verstorbenen Personen nach Häufigkeit

#### 4.11.2 ICD-Code

Wie in Abbildung 26 zu erkennen, waren die formulierten Todesursachen mittels ICD-Codes sehr variabel. Aus allen 86 Fällen, in denen versucht wurde, eine Form des Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzichts zu verschlüsseln, konnten 12 verschiedene Formulierungen ermittelt werden. Die häufigste Formulierung „Nahrungsverweigerung“ machte mit 74,42% (n=64) den größten Teil aus. Am zweit häufigsten entschieden sich die Ärzte in 5 Fällen für die Formulierung „Unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ und machen damit nur 5,81% der gesamten Formulierungen aus. 4 Ärzte (4,65%) benannten den FVNF als „Alterskachexie“. 3-mal (3,49%) konnte die Formulierung „Nahrungs- und Trinkverweigerung“ ermittelt werden. Alle übrigen Formulierungen wurden nur ein- oder zweimal genannt.

Am häufigsten wurden FVNF- Diagnosen in der ersten Zeile der Todesursachen Ia erwähnt. In 40 Fällen (46,51%) wurde der Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit somit als „Unmittelbar zum Tode führende Krankheit“ gesehen. In der zweiten Zeile Ib stand eine Formulierung des FVNF in 33 Fällen. 38,37% der Ärzte ordneten den FVNF demnach „Krankheiten, die die unmittelbare Ursache herbeigeführt haben“ zu. Als Grundleiden wurde der FVNF in nur 6 Fällen (6,98%) eingestuft. In der 4. und 5. Zeile unter II. „Andere wesentliche Krankheiten“ wurde der FVNF nur insgesamt 7 Mal (8,14%) notiert.

Zusammenfassend wurde der FVNF von allen in den ICD-Codes erfassten Diagnosen vor allem in den Zeilen Ia und Ib kodiert. Hier sind es in Summe 73 Totenscheine (84,88%), welche die Verschlüsselung eines FVNF in diesen beiden Zeilen beinhalteten. Hochgerechnet auf die gesamte Zahl der Todesbescheinigungen haben sich 29,92% (n=73) der Ärzte für die Eintragung einer FVNF-ähnlichen Diagnose als „Unmittelbar zum Tode führende Krankheit“ oder deren „Vorangegangene Ursache“ entschieden.

Diagnose laut Totenschein	ICD-Code	Zeile im Totenschein					Σ
		Ia	Ib	Ic	II	III	
Alterskachexie							
	R54	2	1	-	-	-	3
	R64	-	-	1	-	-	1
Ernährungsstörung							
	E63.9	-	-	-	1	-	1
	E41	-	1	-	-	-	1
Essensunlust							
	R63	-	1	-	-	-	1
Essensverweigerung							
	E63.9	-	1	-	-	-	1
Essen-Trinkverweigerung							
	XX	-	1	-	-	-	1
Essstörung							
	F50.8	-	1	-	-	-	1
Exsikkose (Nahrungskarenz seit 5 d)							
	F50.9	-	1	-	-	-	1
Mangelernährung							
	E63.9	-	1	-	-	-	1
	E43	-	1	-	-	-	1
Nahrungs- und Trinkverweigerung							
	F50.9	1	-	-	-	-	1
	XX	-	1	-	-	-	1
	R63.6	-	1	-	-	-	1
Nahrungsverweigerung							
	F50.9	29	10	-	2	-	41
	E63.9	1	7	3	-	1	12
	R63.6	3	-	-	-	-	3
	F50.8	-	2	-	1	-	3
	XX	-	1	-	1	-	2
	T73	1	-	-	-	-	1
	F50	-	-	1	-	-	1
	E63	-	-	1	-	-	1
unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme							
	R63.6	3	2	-	-	-	5
Verweigerung der Nahrungsaufnahme							
	F50.9	-	-	-	-	1	1
	Σ	40	33	6	5	2	86

Abbildung 26 – Von leichenschauenden Ärzten verwendete Begrifflichkeiten zur Dokumentation des FVNF innerhalb der Rubrik „Todesursache/klinischer Befund“ auf der Todesbescheinigung

Es wurden insgesamt 12 verschiedene ICD-Codes verwendet, die auf eine Form des Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzichts hinwiesen. Mit über 53% (n=44) wurde der ICD-Code F50.9 am häufigsten dafür angewendet, welcher nach offiziellem ICD-10-Verzeichnis als Essstörung n.n.b. bezeichnet wird. In Summe wurde er unabhängig von der Position innerhalb der Rubrik „Todesursache/Klinischer Befund“ 44-mal in der Todesbescheinigung angegeben. Mit mehr als 37% folgen die ICD-Codierungen E63.9, R63, F50.8 und R54. Deutlich zu sehen ist, dass bereits 5 ICD-Kodierungen über 90% der eingesetzten

Verschlüsselungen darstellen, wovon die Bezeichnung „Essstörung n.n.b.“ bereits über die Hälfte der gesamt verwendeten Begriffe einnimmt.

ICD-Code	Bezeichnung nach offiziellem ICD-10-Verzeichnis	Zeile im Totenschein					Σ
		Ia	Ib	Ic	II	II	
F50.9	Essstörung, n.n.b.	30	11	-	2	1	44
E63.9	Alimentärer Mangelzustand n.n.b.	1	9	3	1	1	15
R63.6	Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit	6	3	-	-	-	9
F50.8	Sonstige Essstörungen	-	3	-	1	-	4
R54	Senilität	2	1	-	-	-	3
E41	Alimentärer Marasmus	-	1	-	-	-	1
R64	Kachexie	-	-	1	-	-	1
E43	N.n.b. erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	-	1	-	-	-	1
E63	Sonstige alimentäre Mangelzustände	-	-	1	-	-	1
T73	Schäden durch sonstigen Mangel	1	-	-	-	-	1
F50	Essstörungen	-	-	1	-	-	1
R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	-	1	-	-	-	1
Σ		40	30	6	4	2	82

Abbildung 27 – Von leichenschauenden Ärzten verwendete ICD-Codes zur Dokumentation des FVNF innerhalb der Rubrik „Todesursache/klinischer Befund“ auf der Todesbescheinigung

#### 4.12 Dokumentation des FVNF nach Arzt-Patientenbeziehung

Bei der Dokumentation des FVNF fand bei 67% (n=42) der leichenschauenden Hausärzte eine ausschließliche Erwähnung in der Epikrise. 25% (n=16) entschieden sich für die Erfassung unter Todesursachen mit ICD-Codierung. Und 8% (n=5) der Hausärzte wählten eine Dokumentation nur mit ICD-Code in den Todesursachen.

In der Gruppe der Notärzte ist der prozentuale Anteil der jeweilig gewählten Dokumentationsform ähnlich. Von 162 Notärzten entschieden sich 62 % (n=100) für eine alleinige Dokumentation in der Epikrise. Auf 29% (n=47) der von Notärzten ausgefüllten Totenscheine fand eine Dokumentation in Epikrise und Todesursachen mit ICD-Code statt. 9% (n=15) wählten die ausschließliche Verschlüsselung in den Todesursachen mit ICD-Code.

Von den insgesamt 18 Krankenhausärzten entschied sich die deutliche Mehrheit von 89% (n=16) für die ausschließliche Dokumentation des FVNF in der Epikrise. Nur 11% (n=2) entschieden sich für eine Dokumentation in der Epikrise plus eine Verschlüsselung in den Todesursachen mit ICD-Code. Für eine alleinige Dokumentation in den Todesursachen mit ICD-Code entschied sich kein Krankenhausarzt.

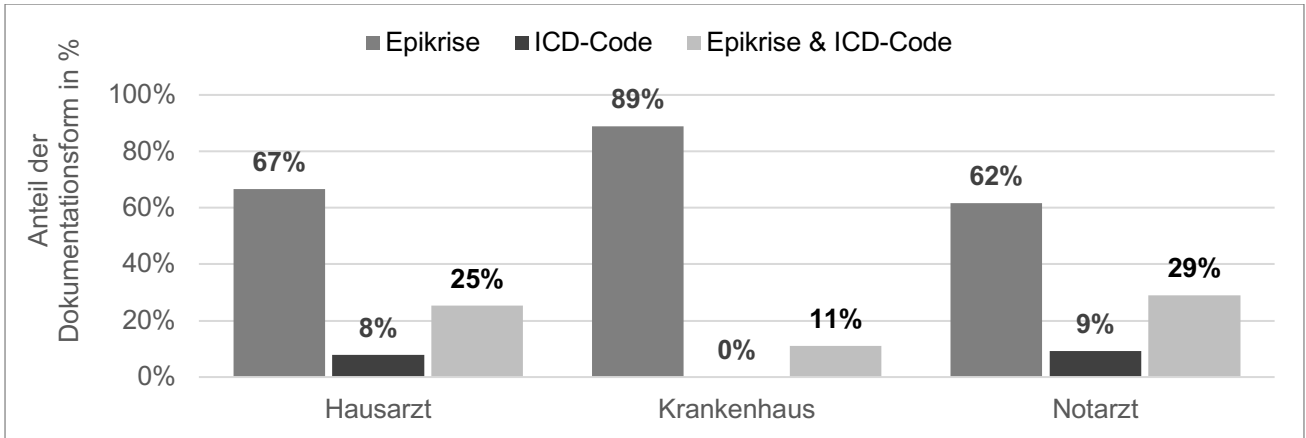


Abbildung 28 – Prozentualer Anteil der jeweils gewählten Dokumentationsform innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung - Gruppe

## 5 Diskussion

### 5.1 Der FVNF im Kontext der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die relevanten Ergebnisse der Studie in den akademischen Kontext gesetzt und mit Statistiken und Diskussionen aus der Literatur verglichen. Dabei sollen die besonders erkenntnisreichen Bezüge im Vordergrund stehen, also solche, die sich entweder durch ein hohes Maß an Kongruenz oder durch ein hohes Maß an Konflikt auszeichnen. Die Ergebnisse werden in verschiedenen Clustern thematisiert.

#### 5.1.1 Alter & Häufigkeit

In 3548 untersuchten Todesbescheinigungen konnten 244 Fälle identifiziert werden, die auf unterschiedliche Weise in das Raster des FVNF passen. Es konnten demnach 6,88% aller Verstorbenen anhand der zuvor festgelegten Kriterien dem Tod in Zusammenhang mit Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zugeordnet werden. Damit übersteigt die Zahl der im Zusammenhang mit FVNF Verstorbenen des hier vorliegenden Patientenkollektivs die Angaben in der Literatur deutlich. Laut Chabot und Goedhart (2009) und Onwuteaka-Philipsen et al. (2012) werden die jährlichen Todesfälle durch FVNF nur auf 0,4% bis 2,1% pro Jahr geschätzt. Eine neuere Studie aus den Niederlanden von Hagens et al. (2021) zeigte ebenfalls, dass nur 0,5 % aller Menschen, die sich im beobachteten Zeitraum das Leben nahmen, einen FVNF praktizierten. Die niedrigen Zahlen der übrigen Studien könnten durch das fehlende Wissen der leichenschauenden Ärzte über vorherige konkrete Todeswünsche der jeweiligen Verstorbenen erklärt werden (Pasma, Willems, & Onwuteaka-Philipsen (2013), viel wahrscheinlicher aber scheint ein definitorisches Missverständnis als Erklärung für die variablen Häufigkeiten zu sein. Die häufig zitierte Prävalenz des FVNF von 2,1% bedeutet, auf Deutschland übertragen, über 18000 jährliche Todesfälle durch FVNF. Aus den genannten Studien ist jedoch nicht klar ersichtlich, welche Einschlusskriterien für die Diagnose - Tod durch FVNF - als Standard festgelegt wurden. Bei den hier untersuchten Todesbescheinigungen wurden diejenigen in die FVNF-Untersuchungen eingeschlossen, deren Tod im weiteren Sinne mit einem Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht in Verbindung gebracht werden konnte. Die explizite Freiwilligkeit konnte dabei nicht beachtet werden, weil sie aus den vorliegenden Todesbescheinigungen häufig nicht erkenntlich war.



Laut der Definition von Hoekstra (2015) betrifft die Bezeichnung FVNF aber ausschließlich solche Menschen, die sich bewusst und freiverantwortlich entscheiden, keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich zu nehmen. Eine schwere Erkrankung, die dazu führt, dass ein Patient keine Nahrung mehr schlucken kann oder keinen Appetit mehr hat, oder wenn ein psychiatrischer Hintergrund vorliegt, zählt Hoekstra (2015) explizit nicht unter diese Handlungsentität. Wie aber erkennt man dieses Bewusstsein für die Situation und eine freiverantwortliche Entscheidung?

Aus der Epikrise der vorliegenden Sammlung von Todesbescheinigungen wurde nur in 4 Fällen ein konkret geäußerter Sterbewunsch notiert. Ginge man nun davon aus, dass der Sterbewunsch, als Zeichen der Freiverantwortlichkeit, klar geäußert werden müsse um als FVNF zu zählen, würde die Häufigkeit des FVNF in der vorhandenen Datensammlung dadurch auf 0,01% (n=4) sinken. Jedoch ist zu bedenken, ob eine Freiwilligkeit nicht als grundsätzlich vorausgesetzt werden müsste, denn die Alternative wäre eine Verweigerung der Nahrungszufuhr durch andere Personen und damit strafwürdig. Es geht hier also eher um den Grad der Einwilligungsfähigkeit bzw. die Möglichkeit, den Willen frei zu bilden und zu äußern. Diese Differenzierung wird im Abschnitt 5.2 nochmals aufgegriffen.

Auch Chabot und Goedhart (2009) verwenden für den FVNF eine restriktive Definition, bei der nur solche Patienten mit FVNF in Verbindung gebracht werden, die vor ihrem Tod an mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen auf jegliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verzichtet haben. Ginge es nur um dieses strikte Kriterium, würde von den hier ausgewerteten Todesbescheinigungen bereits 53 Todesbescheinigungen nicht als FVNF-Fälle gelten, da diese Gruppe nur zwischen 1-7 Tagen fastete. Die Inzidenz würde beim Anwenden dieser Definition entsprechend auf 5,38% (n= 191) sinken. Bei vielen weiteren Todesbescheinigungen wurden keine Angaben zur Fastendauer gemacht. Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass diese Rekonstruktion nur auf den Angaben in der Todesbescheinigung basiert und es durchaus möglich ist, dass der leichenschauende Arzt die genaue Fastendauer nicht kennt oder nur schätzt.

Es bleibt zu klären, ob eine restriktivere Definition, wie sie beispielsweise Chabot und Goedhart (2009) und Hoekstra (2015) postulieren, angebracht ist oder nicht. Diese Autoren sind in ihren Forschungsbestrebungen sehr auf das Sterbefasten gesunder, eher jüngerer Leute im Sinne von Suizid fokussiert. In der hier untersuchten Gruppe starben jedoch die meisten Personen in einem Alter von 89 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt der

Verstorbenen bei 86,3 Jahren lag. 84,9% des Gesamtkollektivs war demnach 80 Jahre oder älter. Diese Zahlen decken sich mit der Follow-Back-Studie von Hagens et al. (2021). Auch sie fanden heraus, dass 82% der Menschen, die 2015 in den Niederlanden ihr Leben durch FVNF beendeten, über 80 Jahre alt waren. Dies wurde dadurch erklärt, dass der FVNF ohnehin nicht für Patienten unter 60 Jahren ohne lebensbedrohliche Erkrankungen empfohlen wird (KNMG und V&VN 2014). Andere Studien zu FVNF (Van der Heide et al. 2012, Bolt, Hagens, Willems, & Onwuteaka-Philipsen 2015; Chabot & Goedhart 2009) zeigen mit einem Anteil von 48 – 75% der über 80-Jährigen nur ein geringfügig jüngeres Patientenkollektiv. Dies zeigt eindeutig, dass die Thematik des FVNF im Alltag viel mehr die deutlich ältere Generation betrifft, welche sich bereits, aufgrund ihrer gesundheitlichen Konstitution, am Ende des Lebens befindet. Der Einfluss von Grunderkrankungen soll in einem separaten Abschnitt weiter unten nochmals aufgegriffen werden.

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt, der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Todesbescheinigungen ist, dass 164 Verstorbene weiblich und nur 81 männlich waren, was dazu führt, dass die Frauen im Gesamtkollektiv mit 67,21% deutlich häufiger repräsentiert sind. Auch diese Zahlen sind ähnlich mit denen der Studie von Hagens et al. (2021), welche einen Frauenanteil von 76,3% ermittelten. Vermutlich haben hier die demografischen Verhältnisse in der älteren Bevölkerung einen Einfluss, da der Anteil der Frauen in der Bevölkerung mit steigendem Alter zunimmt. Während der Frauenanteil in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen mit 51,6% nur leicht über dem der Männer liegt, liegt er in der Gruppe der Personen, die 85 Jahre oder älter sind, schon bei einem Anteil von 67,6% (GENESIS-Online 2020). Eine weitere Erklärung wäre die generelle Tendenz bei Frauen im Falle eines Sterbewunsches einen gewaltfreien Suizid durchzuführen (Värnik et al. 2008). Hiermit sind vor allem Methoden wie das Einnehmen tödlicher Dosierungen von Medikamenten, andere Vergiftungen oder aber auch der Freiwillige Verzicht von Nahrung und Flüssigkeit gemeint.

### 5.1.2 Fastendauer

Laut Walther dauert der Sterbeprozess bei konsequentem Flüssigkeitsverzicht etwa zehn bis 14 Tage, bei verzögertem Flüssigkeitsverzicht etwa 20 bis 30 Tage und bei inkonsequentem Verhalten weitaus länger (Chabot und Walther 2017). Ganzini et al. (2003) belegten mit ihrer Studie, dass bei 85% der untersuchten Fälle der Todeszeitpunkt innerhalb von 15 Tagen nach Fastenbeginn eintrat. Diese Zahlen können, durch die in der vorliegenden Arbeit

analysierte Studie bestätigt werden. Die untersuchten Fälle hatten eine durchschnittliche Fastendauer von 11,80 Tagen, während Frauen durchschnittlich 11,90 Tage und Männer 11,28 Tage fasteten. Es konnten jedoch nur 109 Todesbescheinigungen verwendet werden, da nur auf diesen eine präzise Angabe zur Fastendauer gemacht wurde. 135 leichenschauende Ärzte machten dagegen entweder nur unpräzise oder gar keine Angaben zur Dauer der Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung. Überraschend ist, dass fast die Hälfte der Verstorbenen, bei denen eine genaue Angabe zur Fastendauer gemacht wurde (48,62%, n=53), nur über einen Zeitraum von 1-7 Tagen fasteten. Nach der Einschätzung von Chabot und Goedhart (2009) ist in diesen Fällen davon auszugehen, dass die Todesursache mit der Grunderkrankung zusammenhängt. Sie postulieren, dass ein „echter FVNF“ länger als sieben Tage dauern müsste. Die Dauer der Sterbephase hängt neben der Fastendauer auch von der Konsequenz des Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsverzichts ab. In der hier untersuchten Datensammlung konnte keine aufschlussreiche Korrelation zwischen Konsequenz und Fastendauer erkannt werden, was wahrscheinlich auch an der Ungenauigkeit der Angaben zur genauen Fastendauer liegt. Es konnte jedoch aufgrund der Umschreibungen der Fastenphase in der Epikrise angenommen werden, dass 74,55% (n=167) der Verstorbenen einen absoluten und konsequenten Verzicht von Nahrung und/oder Flüssigkeit vollzogen. Nach den Annahmen ließ nur jeder Fünfte (n=45, 20,09%) eine geringe Resternährung und/oder Zufuhr von Flüssigkeit weiterhin zu. Nachvollziehbar erscheint auch die Entdeckung, dass mit 53,57% (n=120) bei der Mehrheit der Verstorbenen sowohl ein Nahrungs- als auch ein Flüssigkeitsverzicht- bzw. Reduktion feststellen ließ. Dass nur ein Flüssigkeitsverzicht erwähnt wurde, konnte in 2 Fällen gesehen werden. Bereits daran wird deutlich, dass öfter Bezug auf die Nahrungs- als auf die Flüssigkeitsverweigerung genommen wird, obwohl letzteres für den Tod eher ausschlaggebend ist. Über die Gründe ist in der einschlägigen Fachliteratur nichts bekannt. Denkbar wäre eine fehlende Expertise im Umgang mit dem FVNF und auch mit speziellen geriatrischen Fragestellungen im Allgemeinen.

### 5.1.3 Grunderkrankungen & Todesursache

In der Literatur wird abwechselnd Niereninsuffizienz und eine durch den Eintritt von Kaliumionen in die Herzzellen bedingte Arrhythmie als unmittelbare Todesursache genannt (Tolmein 2019; Chabot und Goedhart 2009). Je nach Nähe zum Verstorbenen lässt sich bei der Leichenschau die genaue Todesursache, bis auf wenige Ausnahmen, jedoch fast nie

feststellen. Es wird daher vom leichenschauenden Arzt die wahrscheinlichste Todesursache anhand der Krankheitsanamnese des Patienten notiert. Auch die Ärzte innerhalb der hier analysierten Todesbescheinigungen gaben als unmittelbare Todesursache häufig eine Krankheit des Herzens an (n=66, 27,05%), wobei jedoch Arrhythmie oder Herzrhythmusstörungen als solche nicht explizit genannt wurden. Krankheiten der Niere wurden am dritthäufigsten als unmittelbare zum Tode führende Ursache genannt (n=33; 13,52%). Auch dies deckt sich mit den durch Tolmein, Chabot und Goedhart definierten Todesursachen bei einem FVNF.

Mehrere Studien betonen, besonders solche die sich mit der Suizidfrage auseinandersetzen, dass viele der durch den FVNF Verstorbenen schwere somatische, onkologische oder neurologische Erkrankungen hatten. In einer Untersuchung in der Schweiz stellten Stängle et al. (2018) fest, dass in 69,3% der FVNF-Fälle eine schwerwiegende Krankheit zugrunde lag. Dagegen waren nur in 28,9% der FVNF-Fälle, neben der Multimorbidität im Alter, keine schwere Erkrankung diagnostiziert. In ihrem Buch beschreiben Chabot und Walther (2017, 12), dass von 100 FVNF-Fällen 40% eine onkologische Erkrankung und 32% kardiovaskuläre, neurologische oder andere schwere Krankheiten hatten. Die restlichen 28% hatten keine schwerwiegenden Diagnosen und haben durch altersbedingte Umstände wie Erblindung, starke Reduzierung der Beweglichkeit oder schwere Arthrose freiwillig auf Flüssigkeit verzichtet, womit sie den Ergebnissen von Stängle et al. (2018) entsprechen. Auch Schwarz (2007) bestätigt in einer Meta-Analyse die Häufigkeit von onkologischen und neurologischen Grunderkrankungen. Bolt et al. (2015) fanden in ihrer Meta-Studie, dass 76% der Patienten, die in den Studien einen FVNF vollzogen haben, eine Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium hatten. Zusammenfassend kann man also an vielen Studien feststellen, dass die FVNF-Praktizierenden zu 69% - 76% unter einer schweren Grunderkrankung litten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Auswertung von Daten lassen die gleichen Erkenntnisse zu. In der vorliegenden Datenbank konnte bei 178 Patienten (72,13%) eine lebenslimitierende Grunderkrankung ermittelt werden. Hierunter waren die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 22,54% (n=55) am häufigsten vertreten. An zweiter und dritter Stelle der Grunderkrankungen standen mit 20,49% (n=50) die Demenz und Krebserkrankungen (n=33; 13,52%). Nur bei 27,68% (n=68) der Verstorbenen konnte keine schwerwiegende Grunderkrankung ermittelt werden, sondern ausschließlich die Multimorbidität im Alter.

Diese Ergebnisse stimmen auch mit zwei neueren Studien überein, die ebenfalls nur kleine Gruppen älterer Menschen mit einem aktiven Sterbewunsch fanden, der nicht auf eine Erkrankung zurückzuführen war (Hartog et al., 2020), oder die gar keine schwere Erkrankung hatten (Kox, Pasman, Huisman, Benneker & Onwuteaka-Philipsen, 2021). Dies scheint die Aussage zu bestätigen, dass die Gruppe sterbewilliger Menschen, ohne Häufung von Altersproblemen und ohne Grunderkrankungen, sehr klein erscheint. Vielmehr handelt es sich bei den hier FVNF-Praktizierenden um hochbetagte, schwerkranke Menschen. Entsprechend ist hier der FVNF wohlmöglich viel mehr als Zeichen des erloschenen Lebenswillens im Rahmen eines bereits sehr mühsam gewordenen Lebens zu sehen. Ob der Entschluss zum FVNF bei den hier untersuchten Verstorbenen bereits in die Sterbephase selbst fällt, lässt sich anhand der Todesbescheinigungen nicht feststellen. Aber auch bei unmittelbarer Begleitung und Pflege der Sterbenden wird es schwierig sein abzugrenzen, ob der FVNF Ausdruck eines bereits durch Vor- bzw. Grunderkrankungen begonnen Sterbeprozesses ist oder dieser erst den Anfang eines Sterbeprozesses markiert, welcher sich unter Umständen noch in die Länge gezogen hätte.

#### 5.1.4 Ärztlicher und medizinischer Umgang mit dem FVNF

Es ergab sich Anhand der Datenanalyse eine weitere interessante Schnittstelle zwischen der Literatur und den Studienergebnissen bezüglich der Art des ärztlichen Verhältnisses zum Verstorbenen. Von allen Ärzten, die den Tod eines in Zusammenhang mit FVNF Verstorbenen auf den hier vorliegenden Totenscheinen dokumentierten, waren gerade mal 63 Ärzte (=25,82%) gleichzeitig auch Hausärzte der verstorbenen Person. Man könnte hier also annehmen, dass diese Ärzte einen Teil des FVNF am Lebensende begleitet haben und vermutlich auch teilweise von dem Sterbevorhaben wussten.

Bolt et al. (2015) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Hälfte der behandelnden Hausärzte über den geplanten FVNF informiert worden sind und davon sogar 62% aktiv in den Prozess involviert wurden, vor allem durch palliative Sterbebegleitung. In nur 16% der Fälle waren weder der Hausarzt noch Angehörige über den Prozess des Fastens vorher aufgeklärt. Diese Aussage lässt sich anhand der hier analysierten Datenkohorte nicht sicher fundieren. In keiner der untersuchten Todesbescheinigungen wurde der Begriff FVNF als solcher explizit erwähnt. Ein konkret geäußelter Sterbewunsch wurde in nur 4 Fällen und ein fehlender Lebenswille in 6 Fällen notiert. In allen dieser Fälle waren die leichenschauenden Ärzte auch

die Hausärzte und hatten durch den direkten Patientenkontakt vermutlich auch umfangreichere Informationen über die Krankheitsgeschichte. So könnte man davon ausgehen, dass nur wenige leichenschauende Hausärzte von konkreten Plänen für das Sterbefasten wussten oder, dass keiner der Ärzte die Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung ausdrücklich als „FVNF“ wahrnahm und damit diesen Fachbegriff für die Todesbescheinigung nicht explizit wählte.

Im Gegensatz dazu kannte die Mehrheit der Ärzte (73,78%; n=180) den Patienten vor der Leichenschau nicht oder nur über einen sehr kurzen Zeitraum, da sie als Notarzt fungierten oder als behandelnder Arzt im Krankenhaus tätig waren. Es lag also zum Zeitpunkt der Leichenschau bei dem Großteil der Ärzte vermutlich kein fundiertes Hintergrundwissen zur Krankheitsanamnese des Patienten vor. Eine Tendenz zu dieser Annahme lässt sich auch in den analysierten Todesbescheinigungen erkennen. Hier konnte man sehen, dass die Hälfte der Hausärzte zumindest präzise Angaben zur Fastendauer der Verstorbenen machte, während dieser Teil bei den Krankenhaus- und Notärzten mit jeweils 33% und 44% etwas geringer ausfiel. Notärzte machten am häufigsten von allen 3 Arztgruppen unpräzise Angaben zur Fastendauer, was vielleicht auch daran liegen könnte, dass diese die Informationen häufig nur aus zweiter Hand durch die Familie oder aus einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt beziehen.

Möglicherweise hielten es aber viele Ärzte auch nicht für nötig, genauere Zeitangaben zur Fastendauer zu machen, da sie den FVNF integriert in einen natürlichen Sterbeprozess wahrnahmen, der keiner weiteren Beschreibung bedarf. Keiner der leichenschauenden Ärzte benutzte den ausdrücklichen Begriff „FVNF“, um das beobachtete Phänomen des Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts zu beschreiben. Der Grund dafür könnte auch sein, dass das Wissen über diese Form des Sterbens innerhalb der Ärzteschaft noch sehr begrenzt ist und häufig gar nicht als eigene Handlungsentität wahrgenommen wird.

Eine genaue Rekonstruktion des Verhältnisses zwischen leichenschauenden Ärzten und Verstorbenen ist auf Grundlage der erhobenen Daten leider nicht möglich gewesen, es konnten daher nur Annahmen über den Wissensstand gemacht werden.

Bei einem großen Teil der Verstorbenen war eine laufende palliativmedizinische Betreuung vermerkt. Laut Tolmein (2019, 143) sind schmerzlindernde Behandlungen in der Palliativmedizin, bei der Begleitung des FVNF und bei nicht kurativ behandelbaren Krankheiten ähnlich, denn dort werden hauptsächlich Symptome und Schmerzen gelindert.

Beim FVNF betrifft das vor allem die Aspekte wie Durstgefühl, Pflege der Mundschleimhäute und andere indizierte palliative Maßnahmen. Aus den vorliegenden Todesbescheinigungen ließ sich feststellen, dass bei 13 Patienten (=5,33%) eine palliative Sedierung vorgenommen wurde.

Darüber hinaus stellten Hoekstra et al. (2015) in einer Umfrage mit Fallvignetten fest, dass die Befürwortung und auch das Wissen zum FVNF mit einer Zusatzweiterbildung in der Palliativmedizin steigt. Der größte Teil der leichenschauenden Ärzte in dieser Studie entfällt auf die drei Facharztgruppen der Allgemeinmediziner (45,08%; n=110), Internisten (16,39%; n=40) und praktischen Ärzte (13,52%, n=33). Hier wäre interessant herauszufinden, welche Ärzte eine palliative Zusatzausbildung oder andere Berührungspunkte mit der Palliativmedizin hatten. 44 der in der vorliegenden Datenanalyse Verstorbenen (18,03%) waren laut Epikrise in palliativer Behandlung, was zeigt, dass der Sterbeprozess zumindest bei einem Fünftel der Verstorbenen in einer Form ärztlich professionell begleitet wurde. Wie diese Begleitung hier stattfand, konnte durch die Daten nicht ermittelt werden.

Es lässt sich also zusammenfassend sagen, dass ein Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht am Lebensende, auch wenn dieser nicht konkret als solcher durch den Patienten kommuniziert wird, von der Ärzteschaft zwar wahrgenommen, aber in keiner Form pathologisiert wird. Die Bezeichnung dieses Prozesses mit dem Begriff „FVNF“ wurde von den leichenschauenden Ärzten nicht vorgenommen, da niemand diesen auf dem Totenschein notierte, sondern auf Umschreibungen dieses Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts auswich.

#### 5.1.5 Todesart

Von allen 244 untersuchten Todesbescheinigungen kam es in nur zwei Fällen dazu, dass die Kriminalpolizei eingeschaltet wurde, weil die Todesart als nichtnatürlich angegeben wurde. Dort waren aber eine vorangegangene Oberschenkelhalsfraktur und im zweiten Fall Verletzungen an der Leiche ausschlaggebend für die Auswahl der nicht-natürlichen Todesart. Eine Einordnung des FVNF als Suizid spielte in keinem der Todesbescheinigung eine Rolle.

Die überwältigende Mehrheit von 99,18% (n=242) der leichenschauenden Ärzte, oder genau genommen sogar 100% (n=244), wenn man die oben genannten Fälle herausnimmt, haben auf der Todesbescheinigung die Todesart „Natürlich“ ausgewählt. Zu diesem Ergebnis kamen auch Hagens et al. (2021), die ebenfalls feststellten, dass keine der FVNF Fälle in

der Kohorte von den Ärzten als Suizid erfasst wurde. In kritischer Betrachtung dieser Tatsache könnte man vermuten, dass wenige Ärzte vielleicht sogar von den Sterbewünschen der Patienten wussten und konsequenter Weise einen Suizid und damit eine nichtnatürliche Todesart hätten annehmen müssen. In Betrachtung der hier vorliegenden Daten lässt sich feststellen, dass 4 leichenschauende Ärzte den expliziten Sterbewunsch des Verstorbenen sogar auf der Todesbescheinigung festhielten. Dennoch entschied sich keiner dieser Ärzte dafür, eine natürliche Todesart in Frage zu stellen oder sogar einen Suizid zu vermuten.

Experten befürchten, dass einige Ärzte so versuchen, Konflikten aus dem Weg zu gehen, die sich aus weiteren behördlichen Untersuchungen ergeben würden (Chabot, 2001, 2007; Vink, 2013). Tolmein (2019) argumentiert, dass die Markierung vom Tod durch den FVNF als nicht natürlich eine große Belastung für Angehörige darstellt, da sie die Totenruhe störe, was laut Tolmein vermieden werden sollte. Zusätzlich kann diese behördliche Untersuchung eine Traumatisierung des Umfelds des Verstorbenen auslösen. Die Beschlagnahmung der Leiche und die behördlichen Ermittlungen könnten der intimen Abschiednahme im Wege stehen. Allerdings weisen Kriesen et al. (2021, 15) darauf hin, dass „der als zwingende Konsequenz aus diesem Vorgehen folgende Behördeneingriff [...] so gestaltet werden [kann], dass eine „Störung“ der Trauer der Angehörigen bei vorausgehender Aufklärung mit Wissen um Ablauf und Zweck der Untersuchungen vernachlässigbar gering ausfällt“. Fraglich bleibt, ob diese Unterstellung der Arbeits- und Konfliktvermeidung der wahrscheinlichste Grund für das Handeln der Ärzte ist. Vielleicht ist es vielmehr das Gefühl der Ärzte, einen natürlichen Sterbeprozess zu beobachten, wenn der Patient, aufgrund seines hohen Alters und begleitender Grunderkrankungen, des Lebens müde wurde und konsequenter Weise auch die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme reduzierte oder gar verweigerte.

Nur auf Grundlage der vielschichtigen Diskussionen um den FVNF als Suizid ist so ein eindeutiges Ergebnis, wie in der vorliegenden Studie, überraschend. Ganz im Gegenteil suggeriert die Diskussion nämlich, dass es mindestens zwei eindeutige Standpunkte gibt, die sich in konträrem Bezug zum Suizid positionieren. Dies legt nahe, dass die leichenschauenden Ärzte ähnliche Positionen über die Todesart vertreten würden. Es ist unmöglich, die genauen Entscheidungskriterien der leichenschauenden Ärzte zu rekonstruieren, um einschätzen zu können, wie sich die Wahl der natürlichen Todesart zur Kategorisierung als Suizid verhält.

Neben ärztlichen Ansichten muss diese Diskussion ebenso vor dem Hintergrund von gesellschaftlichen Narrativen über das Leben mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit geführt



werden. Coors (2019, 125) fragt ganz explizit nach den Deutungsmöglichkeiten, die „wir gesellschaftlich überhaupt noch kultivieren, die es erlauben, ein Leben auch in Leid und Krankheit als wertvolles Leben anzunehmen.“ Die Frage nach der Selbstbestimmtheit und der Freiverantwortlichkeit entspringt demnach bestimmten gesellschaftlichen Vorstellungen und wird von solchen maßgeblich geprägt. Die Verzahnung mit religiös geprägten oder ethischen Diskursen verhindert hier eine eindeutige Erschließung der den leichenschauenden Ärzten zugrundeliegenden Einstellungen. Es scheint aber angemessen zu schlussfolgern, dass die meisten leichenschauenden Ärzte die Einschätzung teilen, dass „der durch den FVNF eingeleitete Sterbeprozess zu einem natürlich geprägten Sterben [führt]“ (Tolmein 2019, 143). Man könnte sogar sagen, die Mehrheit der leichenschauenden Ärzte sehen den FVNF eher als Begleiterscheinung des Sterbeprozesses. So lässt sich in der vorliegenden Datensammlung von Todesbescheinigungen erkennen, dass 158 Ärzte (64,75%) den FVNF ausschließlich in der Epikrise beschrieben haben und ihn nicht als Todesursache in der Kategorie „Todesursachen/Klinischer Befund“ verschlüsselten. Dies zeigt, dass die Ärzte den FVNF zwar als Teil des Sterbeprozesses erwähnenswert finden, ihm aber dennoch keine ursächliche Funktion zuschreiben.

## **5.2 Empfehlungen**

Die Untersuchung der hier vorliegenden Todesbescheinigungen zeigt deutlich, dass das Vorgehen in der ärztlichen Leichenschau bei FVNF-Verstorbenen Patienten noch recht inhomogen ist und der Umgang der Ärzte in solchen Fällen eher der Intuition als vorgegebenen Regeln folgt. Diese Tatsache ist aber aufgrund einer mangelhaften Definition mit Abgrenzung zum Suizid, fehlenden Richtlinien und eindeutigen Bezeichnungen nicht verwunderlich. Dies hat zur Folge, dass die Todesursachenstatistik im Hinblick auf den FVNF lückenhaft und nicht aussagekräftig ist. Darüber hinaus zeigt sie auch Schwächen der hiesigen Mortalitätsstatistik, die auf das Ausfüllen der Todesbescheinigung zurückzuführen sind: „Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Qualität der Todesursachenstatistik eng mit der Qualität der ärztlichen Angaben auf den Todesbescheinigungen korreliert“ (Schelhase und Weber 2007, 971). Diese Konstellation macht eine genaue Rekonstruktion von dem Phänomen des FVNF äußerst schwierig.

Um in Zukunft einen verbesserten Umgang mit FVNF-Patienten zu gewährleisten sind die folgenden drei Punkte von zentraler Bedeutung:

1. Die Abgrenzung des FVNF vom Suizid
2. Ein rechtssicherer Umgang mit dem Sterbewunsch im Rahmen einer Patientenverfügung
3. Die Entwicklung einer pragmatischen Verfahrensweise zur Dokumentation des FVNF auf der Todesbescheinigung im Rahmen der ärztlichen Leichenschau

### 5.2.1 Abgrenzung des FVNF vom Suizid

In der Literatur existieren, grob gesagt, drei Positionen zum FVNF: Der FVNF als Form von Suizid, als eigene Handlungskategorie oder als Teil des natürlichen Sterbeprozesses.

Auch wenn fast die gesamte Ärzteschaft in dem hier untersuchten Kollektiv einen natürlichen Tod bescheinigte, legen die Studienergebnisse nahe, dass die leichenschauenden Ärzte den Tod der Personen in vielen Fällen auf deren Ess- und Trinkverhalten zurückführen. Denn immerhin 79 leichenschauende Ärzte (=32,38%) kodierten Diagnosen im Zusammenhang mit FVNF als unmittelbar zum Tode führende Krankheit (n=40) oder als Krankheit, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt hat (n=39).

Birnbacher (2019) beispielsweise unterstützt die Ansicht, der FVNF sei definitionsgemäß als passiver Suizid oder „Selbsttötung durch Unterlassen“ zu kategorisieren. Er stellt heraus, dass es keine aktive Handlung sei, das Essen und Trinken zu verweigern, sondern das Unterlassen einer Handlung. Dieser Einwand ist jedoch nur bedingt überzeugend. Denn für die ethische Bewertung ist es nicht von besonderer Bedeutung, ob ein Handeln bewusst getan oder bewusst unterlassen wird. Viel wichtiger ist hier die Absicht des Handelnden und die Qualität der Handlung (Simon 2018). Unterlassungsdelikte sind aus dem deutschen Recht hinlänglich bekannt. Begriffe wie z. B. die unterlassene Hilfeleistung (§ 323 StGB) oder die Tötung durch Unterlassen (§§ 212, 13 StGB) werden nicht nur im Medizinstudium behandelt, sondern sind auch den meisten Laien verständlich. Außerdem muss die Argumentation für die „Selbsttötung durch Unterlassen“ in ihrer Definition, in ihrer Bewertungskomponente, als auch mit Blick auf ihre resultierenden, potenziell deletären Auswirkungen auf die Palliativversorgung schwer kranker Menschen widersprochen werden. Bei der Gleichstellung des FVNF mit Suizid wurden die Kriterien eines psychiatrischen Verständnisses des Suizids angewandt: Es sei eine vorsätzliche und zielgerichtete Handlung eines Menschen bzw. die Unterlassung einer lebensrettenden Handlung mit der bewussten Absicht der Selbsttötung oder Inkaufnahme des Todes (Wolfersdorf & Etzendorfer 2011). Die

beiden Autoren des Buches hatten aber als Psychiater auch einen psychiatrischen Handlungskontext von Suizidalität im Sinn. Eine direkte Übertragung dieser derart allgemeinen Suiziddefinition in einen nicht-psychiatrischen Kontext würde auch zum Hinterfragen bereits akzeptierter medizinischer Handlungsweisen wie z. B. die Beendigung einer Beatmungstherapie oder das Absetzen von PEG-Nahrung führen. In der Onkologie gibt es ebenfalls beispielhafte Situationen, wo die Motivation zu einem Abbruch einer wirksamen Tumorthherapie durchaus von impliziten oder sogar expliziten Sterbewünschen überlagert sein kann. Dieses Unterlassen wird jedoch nicht als Form des Suizids gewertet, obwohl dies allein aufgrund der genannten psychiatrischen Suiziddefinition möglich wäre.

Alt-Epping beschreibt den FVNF eher als einen „Suizid ohne aktive suizidale Handlung“ und eröffnet damit eine neue Entität des Suizids. Diese Auslegungsart sieht er wahrscheinlicher als die, den FVNF als Therapiebegrenzung zu werten. Vorausgesetzt man betrachtet die Nahrungsaufnahme nicht als eine Form der Therapie, sondern vielmehr als ein Stillen der Grundbedürfnisse (Alt-Epping 2018). Das Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (Radbruch et al. 2019) argumentiert auch dafür, den FVNF als eine eigene Handlungskategorie – *sui generis* – zu betrachten, womit der FVNF weder als Suizid noch als Therapieverzicht eingeordnet werden würde, was auch von Bickhardt und Hanke (2014) unterstützt wird. Doch auch diese bisher noch recht wirren Einordnungsversuche helfen nicht, den praktischen Umgang mit FVNF zu verbessern. Im Gegenteil könnte das Einführen neuer Entitäten und Handlungskategorien für den FVNF auch den gesamten Prozess des breiten Akzeptierens in der Ärzteschaft verkomplizieren. Der Begriff Suizid selbst sollte gar nicht erst in Verbindung mit dem prädominierenden Vorkommen des FVNF bei älteren, vorerkrankten Menschen gebracht werden, um die Hilfe im Sterbeprozess nicht durch etwaige rechtliche Unsicherheiten zu beschränken.

Laut Tolmein (2019, 145) ist ein Tod, „der nicht durch äußere Ereignisse herbeigeführt wurde, sondern dadurch, dass ein Mensch keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich genommen hat, als natürlich zu bezeichnen“. Diese Meinung scheinen die meisten leichenschauenden Ärzte der hier untersuchten Kohorte ebenfalls zu teilen. Dies suggeriert, dass die dominante Position innerhalb der untersuchten Ärztegruppe den FVNF als natürlichen Prozess innerhalb der Sterbephase anerkennt und ihn vom Suizid abgrenzt. Die Angabe der Todesart lässt vermuten, dass die leichenschauenden Ärzte die Position von Donini et al. (2013) teilen

würden und die Abnahme des Appetits und der Nahrungsaufnahme und damit den Verzicht auf Nahrung und/oder Flüssigkeit auch als Prozess des Sterbens im Alter betrachten. Für diese Ansicht spricht sich auch Tolmein (2019) aus, der bekräftigt, dass der Tod in diesen Fällen nicht durch gewaltsame oder toxische äußere Einwirkungen bewirkt wird. Es handle sich beim FVNF um eine natürliche physiologische Reaktion, wodurch die Nähe zum Abbruch oder Unterlassen einer lebenserhaltenden Behandlung entsteht, die für Tolmein den rechtlich relevanten Unterschied zum Suizid darstellt.

Vielleicht scheint die Ähnlichkeit zwischen einem Suizid und dem FVNF zunächst offensichtlich. Beide Fälle haben das Ziel, den eigenen Tod herbeizuführen. Und sowohl beim FVNF als auch beim Suizid tritt der Tod unabhängig davon ein, ob man an einer tödlichen Erkrankung leidet oder nicht. Und wenn die Suizidhilfe ethisch problematisiert wird, ist es gerade diese Beteiligung am Herbeiführen des Todes einer anderen Person im Gegensatz zum Zulassen des Sterbens, die moralisch problematisch erscheint (Fischer 2005 & 2009; Coors 2017). Auch Stängle et al. (2019) betonen in ihrer Arbeit mit Definitionsvorschlägen zum FVNF die nötige Abgrenzung zum natürlichen Sterbeprozess. Doch kann man diesen Unterschied bei der hier vorliegenden FVNF-Patientenklientel wirklich konkret feststellen? Woran lässt sich erkennen, dass der Patient nicht erst im Rahmen seines bereits begonnen Sterbens nicht mehr isst und trinkt? Wenn an dieser Stelle eine Abgrenzung des FVNF zur allgemeinen Tendenz todkranker Patienten das Interesse am Essen zu verlieren stattfinden soll, drängt sich direkt die Frage auf: Kann denn ausreichend klar abgegrenzt werden, ob ein Mensch wirklich „freiwillig“ die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ablehnt oder dies im Alltag nicht doch durch depressive Tendenzen, mangelnden Appetit oder eine zugrunde liegende physische Erkrankung zumindest mitbedingt ist? Es erscheint realitätsfern, sich die Mündigkeit und Urteilsfähigkeit jedes älteren Patienten durch ein psychiatrisches Konsil bestätigen lassen zu müssen.

Wenn man die Daten der vorliegenden Studie betrachtet, lässt sich feststellen, dass die FVNF-Patienten ein Durchschnittsalter von 86,3 Jahren aufwiesen und zusätzlich zu 72,13% eine lebenslimitierende Erkrankung zugrunde lag. Ein direkter Plan, einen FVNF zu praktizieren, wurde dabei in keinem der Fälle explizit kommuniziert. Ein Sterbewunsch wurde ebenfalls nur selten genannt. Daher stellen die meisten der vorliegenden Fälle eine implizite Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit dar. Denn eine Äußerung über die Absicht des

Sterbens kann gerade bei älteren Menschen im Sterbeprozess nicht als zwingend notwendig angesehen werden, um als FVNF zu zählen.

Wichtig ist dabei die Abgrenzung zu beschriebenen Einzelfällen in der Literatur, die bei der Untersuchung dieser Kohorte keine Rolle spielten. Fälle, bei denen sich jüngere und gesunde Menschen entscheiden, ihr Leben deutlich vor Beginn des physiologischen Sterbens durch FVNF zu beenden, kommen in Deutschland äußerst selten vor und sind daher eher als Einzelfälle zu betrachten und nicht als distinkte Erkrankungsentität. Für diese seltenen Fälle sollte ein gesonderter Begriff verwendet werden, um diese Abgrenzung eindeutig hervorzuheben. Denkbar wäre hier zum Beispiel der Begriff des „Sterbefastens“. In solchen Fällen wäre noch einmal genauer zu prüfen, inwiefern dort eine suizidale Motivation vorliegt, um gegebenenfalls ein psychiatrisches Konsil zu veranlassen, welches die Urteilsfähigkeit des Patienten bestätigt.

Es ist bei der Betrachtung immer hilfreich, die FVNF-Patienten nicht zwangsweise als homogene Gruppe zu betrachten, sondern jede betroffene Person ganzheitlich zu analysieren. Denn alle oben angegebenen Überlegungen und verschiedenen Sichtweisen verdeutlichen, dass es sich beim FVNF eher um ein Spektrum verschiedener Handlungsweisen, als um eine stringente Handlungsentität handelt (Fehn & Fringer 2017). Nach Betrachtung der Studienergebnisse der vorliegenden Arbeit und unter Einbeziehung verschiedener fachlicher Standpunkte kann festgehalten werden, dass der FVNF weder als Suizid noch als Form des Suizids etikettiert werden sollte. Die schwerwiegenden, negativen handlungspraktischen Konsequenzen für die Begleitung des FVNF im Falle einer Suizideinordnung dürfen in der ethischen Diskussion nicht unterschätzt werden. Um mit der Entscheidung von Betroffenen für einen FVNF professionell umzugehen ist es von zentraler Bedeutung, Fachpersonen in Bezug auf die Kommunikation bei Sonderformen wie dem Sterbefasten, vor allem aber bei impliziten Formen des FVNF zu sensibilisieren, wie sie Fehn und Fringer (2017) in ihrer Veröffentlichung nahelegen. Im Idealfall entsteht daraus ein multidimensionaler Begleitungsansatz, der die Symptomlinderung und psychosoziale Begleitung des FVNF rechtlich absichert.

### 5.2.2 Rechtssicherer Umgang mit dem Sterbewunsch von FVNF-Patienten

Die mehrfach in der Literatur geäußerte Empfehlung nach einer Patientenverfügung könnte hilfreich sein, wenn sie bestimmte medizinische Behandlungen, die vor allem die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr betrifft, begrenzt (Kriesen et al. 2021). Das könnte dem behandelnden medizinischen Personal auch im Umgang mit dem FVNF mehr Sicherheit verschaffen. Wäre hier schriftlich festgehalten, dass der Patient jegliche Form der künstlichen Ernährung oder auch Flüssigkeitszufuhr ablehnt, könnten Missverständnisse und damit einhergehend ein verlängerter Leidensweg von einem sterbefastenden Menschen vermieden werden. In den hier ausgewerteten Daten wurde ersichtlich, dass dies noch zu einem viel zu geringen Anteil wirklich passiert. Bei nur 12 Patienten (=4,92%) wurde eine Patientenverfügung erwähnt und bei 5 weiteren Patienten (=2,05%) wurde die Ablehnung einer Zwangsernährung explizit dokumentiert. Insgesamt wurde eine Therapiebegrenzung für den Sterbenden in nur 6,97% (n=17) festgelegt. Bei insgesamt 5 Patienten (=2,05%) konnte hingegen eine die nahrungs- und flüssigkeitsbetreffende Intervention in Form einer Volumensubstitution bzw. parenteralen Ernährung festgestellt werden. Gerade diese, vielleicht unnötigen und nicht gewollten Interventionen am Lebensende, hätten durch eine genau dokumentierte Patientenverfügung vielleicht verhindert werden können.

Chabot und Walther (2017) führen im Anhang ihres Buches zwei Beispieldokumente an, die als Modifizierung zur Garantenpflicht und als Patientenverfügung dienen können und im Zusammenspiel mit einer Vorsorgevollmacht die Möglichkeit eines selbstgewählten Todes durch den FVNF garantieren. Diese Maßnahmen sollen dazu dienen, dass Menschen, die sich zum Tod durch den FVNF entschieden haben, nicht gegen ihren Willen davon abgehalten werden können.

Bei 22 im Rahmen dieser Studie untersuchten Todesbescheinigungen war der Epikrise zu entnehmen, dass eine akute Verschlechterung des Essverhaltens und damit einhergehend des Allgemeinzustands einem bestimmten Ereignis folgte, wie zum Beispiel dem Tod des Ehepartners oder einem Krankenhausaufenthalt. Bei 3 Patienten wurde bereits ein fehlender Lebenswille und bei 2 Patienten ein Sterbewunsch erfasst. Hier wäre es ratsam, solche Ereignisse als Anlass zu nehmen, den Sterbeprozess und damit einhergehende Unterstützungen in Form eben dieser Patientenverfügung zu regeln. Damit könnten auch für das Personal belastende Situationen wie z.B. eine Reanimation, die auch in einem Fall beschrieben wurde, vielleicht vermieden werden. Auch Tolmein (2019) befürwortet die Ausarbeitung einer gängigen Praxis mit Patientenverfügungen, da besonders in der

Endphase des FVNF die Einwilligungs- und Entscheidungsfähigkeit der Sterbenden nicht vorausgesetzt werden kann und sollte. Um auch rechtssicher Anwendung zu finden, müsste diese Patientenverfügung konkret auf den Fall von FVNF Stellung nehmen und ausdrücklich alle Möglichkeiten zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ablehnen.

Kritisch ist hier jedoch anzumerken, dass dieser Zeitpunkt der Lebensmüdigkeit häufig verpasst wird, da es sich eher um einen schleichenden Prozess handelt. Bei 77 Patienten (31,56%) wurde eine Allgemeinzustandsverschlechterung beschrieben, daher ist es möglich, dass die Betroffenen sich bereits in einem Zustand befanden, in dem sie nicht mehr vorbeugend und freiverantwortlich eine Patientenverfügung hätten erstellen können. Auch hier taucht die Diskussion um die Freiverantwortlichkeit wieder auf, die zwar unabdingbarer Teil der gesamten Einschätzung vom FVNF ist, aber nicht im Vordergrund dieser Arbeit steht. Gelegentlich wird sogar die philosophische Frage aufgeworfen, ob denn eine Entscheidung zum FVNF überhaupt als freie Entscheidung erfolgen könne (z.B. Alt-Epping, 2018 (Fn. 24)). Ob man dies bejaht oder verneint ist für die Praxis jedoch irrelevant. Es kann nie darum gehen, ob etwas „wirklich frei“ geschieht, sondern nur darum, ob gemäß gängigem medizinischem Verständnis, also entsprechend pathologischen und forensischen Kriterien, die Entscheidung eines Menschen in einer gegebenen Situation als freiverantwortlich zu bewerten ist. Besteht daran ein begründeter Zweifel, könnte ein Psychiater diese Frage konsiliarisch durchaus beantworten.

Der seltene Fall, dass ein junger, gesunder Patient auf Nahrung und Flüssigkeit verzichtet, um zu sterben, spielte in der hier untersuchten Datensammlung keine Rolle. Ein Umgang mit diesen Einzelfällen des Sterbefastens soll daher nur angeschnitten werden. Vorstellbar wäre, dass ein initiales Ethikonsil mit dem Patienten (und ggf. Angehörigen gemäß Patientenwunsch) unter Einbeziehung der Fachgebiete Palliativmedizin, Psychiatrie und Rechtsmedizin erstellt werden (Kriesen et al. 2021, Manhart et al. 2018). In dieser Zusammensetzung soll der Patient ausführlich über die medizinische Lage und Therapiealternativen aufgeklärt werden. Dann wird die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht und die Modifizierung der Garantenpflicht überprüft. Es wird hier auch explizit über die Meldepflicht bei Todeseintritt durch Sterbefasten und die Prüfung und Bestätigung der freien Willensbildung diskutiert.

Die Differenzen beim Umgang mit dem FVNF als Phänomen unterstreichen, dass noch erheblicher Verbesserungsbedarf im gesamtgesellschaftlichen Umgang mit Alter, dem Tod und dem natürlichen Sterbewunsch besteht. Innerhalb der Diskussion um den FVNF mischen sich ethische, rechtliche, medizinische und andere Diskurse, die es letztendlich schwierig machen, den FVNF eindeutig einzuordnen. Allerdings sollte die Aufarbeitung der ethischen Probleme uns nicht davon abhalten, die Ungewissheiten im praktischen Umgang mit dem FVNF zu fokussieren (Riedel 2019). Der medizinische und pflegerische Umgang mit dem FVNF nimmt eine ungleich wichtigere Position ein, da alle Akteure im Zusammenhang mit dem FVNF besser in der Lage sein müssen, ihre Handlungsmöglichkeiten innerhalb eines rechtssicheren Rahmens zu kennen. Wären diese gewünschten Handlungen vorher in Form einer Patientenverfügung genau festgelegt, wäre dieser rechtliche und ethische Rahmen gewährleistet.

### 5.2.3 Pragmatische Verfahrensweise zur Dokumentation des FVNF

Das Ausfüllen der Todesbescheinigung stellt den ersten Schritt der Todesursachenstatistik dar und ist maßgeblich für die Richtigkeit und den Erfolg der statistischen Auswertungen verantwortlich. Die Schwierigkeit richtiger Angaben auf der Todesbescheinigung ergibt sich aus zwei wesentlichen Punkten: Zum einen das Unwissen der Ärzte über den FVNF an sich, was aufgrund fehlender Patientenkenntnis oder aber auch aufgrund fehlender Sachkenntnis zur FVNF-Thematik der Fall sein kann und zum anderen die Unsicherheiten bei der konkreten Dokumentation des FVNF auf der Todesbescheinigung. Die Ergebnisse sprechen eindeutig dafür, Richtlinien für den Umgang mit dem FVNF während des Sterbeprozesses und beim Ausfüllen der Todesbescheinigungen zu erstellen. Es ist ersichtlich geworden, dass die Variabilität in der Dokumentation des FVNF zu einer deutlich erschwerten statistischen Auswertung führt.

Grundlegend sind auch hier wieder 2 Patientengruppen zu unterscheiden: der hochbetagte kranke Mensch und der jüngere Mensch ohne lebenslimitierende Vorerkrankungen.

Die Patienten in der hier vorliegenden Datensammlung waren alle entweder in fortgeschrittenem Alter oder hatten schwerwiegende Grunderkrankungen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass in diesen Fällen kein Suizid vorliegt. Die Angabe der Todesart würde also als natürlich festzulegen sein. Diesen Weg ging auch schon die hier repräsentierte Ärzteschaft. 2 Ausnahmen bildeten Fälle mit einer nicht-natürlichen Todesart,



deren Festlegung aber wiederum kein Zusammenhang mit dem FVNF an sich, sondern mit anderen Begleitumständen hatte. Zum Unterstreichen dieser Rahmenbedingungen könnte der Begriff „impliziter FVNF“ verwendet werden. Hier wird deutlich, dass der Patient einen FVNF praktizierte, den er nicht offen als solchen kommunizierte oder wohlmöglich auch aufgrund des bereits deutlich reduzierten Allgemeinzustands nicht mehr kommunizieren konnte. Aber auch wenn diese Patienten noch einen konkreten Sterbewunsch äußern können, sollte diesem Wunsch nicht zwangsweise eine suizidale Motivation unterstellt werden. Der Begriff „präfinaler FVNF“ wäre hier beispielsweise passend, um auszudrücken, dass der Patient sich bei Beginn des Verzichts bereits in weit fortgeschrittenem Krankheitsprozess befand.

Zusätzlich sollte ein geeigneter ICD-Code für den FVNF entwickelt werden. Innerhalb der hier untersuchten Todesbescheinigungen entschieden sich insgesamt nur 80 Ärzte (=32,79%), den FVNF mittels ICD Code zu verschlüsseln. Mit über 53% (n=44) wurde der ICD-Code F50.9 am häufigsten dafür angewendet, welcher nach offiziellem ICD-10-Verzeichnis als „Essstörung n.n.b.“ bezeichnet wird. Der Buchstabe F innerhalb des Codes bedeutet, dass der Hinweis auf eine psychische Störung vorliegt. Den Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht für die Verkürzung des eigenen Leidens am Lebensende als psychische Störung zu bezeichnen, erscheint in diesem Kontext jedoch nicht passend. Für die hier repräsentierte Klientel an Verstorbenen könnte besser auf das ICD-Code-Repertoire der „Symptome und abnorme[n] klinische[n] und Laborbefunde - R00-R99“ zurückgegriffen werden, beispielsweise mit der Diagnose „Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit - R63.6“. Eine andere und vielleicht sogar besser Möglichkeit wäre die Einführung eines neuen ICD-Codes für den FVNF. Eine Einordnung in die oben genannte ICD- Kategorie mit dem Code und Bezeichnung „FVNF – R63.7“ oder auch „präfinaler/impliziter FVNF – R63.7“ wäre hier eine sinnvolle Ergänzung, um auch statistische Erhebungen zu der Thematik zu verbessern.

Jedoch ist zu beachten, dass Eintragungen einer R-Diagnose, insbesondere in der Zeile Ic (Grundleiden) der Todesbescheinigung eher problematisch sind, da diese Eintragung für die Todesursachenstatistik herangezogen wird (Madea und Dettmeyer 2003). Der hier vorliegende Tod steht aber vor allem im Zusammenhang mit FVNF und stellt nicht das „Grundleiden“ unter Ic dar. Entsprechend sollte der (präfinale/implizite) FVNF eher in Zeile Ib eingetragen werden. Als Grundleiden (Ic) sollte dann die schwerwiegendste

Grunderkrankung angegeben werden bzw., im Falle eines Fehlens dieser, zum Beispiel „R54 – Senilität“ um zumindest die vorliegende Altersschwäche zu unterstreichen.

Wie Tolmein (2019), Chabot und Goedhart (2009) bereits feststellten, wird als unmittelbare Todesursache abwechselnd Niereninsuffizienz und eine durch den Eintritt von Kalium-Ionen in die Herzzellen bedingte Arrhythmie genannt. Auch die Ärzte innerhalb der hier analysierten Todesbescheinigungen gaben als unmittelbare Todesursache (Ia) häufig eine Krankheit des Herzens an (n=66; 27,05%), Arrhythmien oder Herzrhythmusstörungen eingeschlossen, oder Krankheiten der Niere (n=33; 13,52%) an.

Ein Beispiel für die Todesbescheinigung könnte dann folgendermaßen aussehen:

Todesursache/Klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache Akutes Nierenversagen	Stunden	N 1 7
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von FVNF	Tage	R 6 3 7
	c) als Folge von (Grundleiden) Pankreaskopfkarzinom	Monate	C 2 5
II. Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen	Hypertonie	Jahre	I 1 0
	Diabetes mellitus Typ II	Jahre	E 1 1 1
Obduktion angestrebt?		<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Abbildung 29 – (Todesbescheinigung, vertraulicher Teil, Formularsatz Mecklenburg- Vorpommern, Kausalkette Todesursache) Beispielhaft ausgefüllte Todesursachenkaskade bei dem Tod eines alten, schwer vorerkrankten Patienten, der am Ende seines Lebens die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ablehnte. Die Todesart ist als „natürlich“ zu klassifizieren. Das "Grundleiden (Ic)" sollte für diese Fälle die schwerwiegendste Grunderkrankung beinhalten.

Der FVNF hochbetagter, kranker Menschen sollte auch hier abgegrenzt werden zum FVNF bei jüngeren Patienten, die sich aus völliger Gesundheit heraus für die Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung entscheiden, um ihrer Lebensmüdigkeit nachzugeben und dies auch klar kommunizieren. Hier sollte die Entscheidung für eine nicht-natürliche Todesart und damit einen Suizid erwogen werden. In solchen Präzedenzfällen sollte zur besseren Unterscheidung auf andere Begrifflichkeiten für die Todesursachen ausgewichen werden. Vorstellbar wäre der Begriff des „Sterbefastens“ zur Dokumentation auf der Todesbescheinigung, um zu verdeutlichen, dass die Intention des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit das Sterben selbst war. Für die Möglichkeit, sich vorzeitig das Leben zu nehmen, sind bei den ICD-Kategorien 25 Varianten aufgelistet (ICD-10, WHO Version 2021). Das „Sterbefasten“ würde dann unter die Kategorie „Vorsätzliche Selbstschädigung – X60-X84“

fallen. Die Todesursache könnte mit dem ICD-Code „X83 - Vorsätzliche Selbstbeschädigung auf sonstige näher bezeichnete Art und Weise“ aus der Kategorie „X60-X84 – Vorsätzliche Selbstschädigung“ verschlüsselt werden. Wenn nach weiteren statistischen Erhebungen deutlich wird, dass das Vorkommen des „Sterbefastens“ widererwarten kein Einzelfall ist, wäre auch hier die Einführung eines neuen ICD-Codes möglich. Denkbar wäre hier beispielsweise „X85 – Vorsätzliche Selbstschädigung durch Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht“. Das Sterbefasten selbst wäre als ursächlicher Grund für das Sterben unter Grundleiden (Ic) anzugeben. Um eine schlüssige Kaskade zu gewährleisten kann hier als Zwischenschritt noch die Exsikkose als Folge des Sterbefastens (Ib) festgehalten werden. Die unmittelbare Todesursache ist auch hier wieder das „Akute Nierenversagen – N17“ oder wahlweise die „Sonstige[n] kardiale[n] Arrhythmien – I49“.

Todesursache/Klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen			
I. Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache Akutes Nierenversagen	Stunden	N   1   7
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von Exsikkose	Tage	E   8   6
	c) als Folge von (Grundleiden) Sterbefasten	Wochen	X   8   5
II. Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden in Zusammenhang zu stehen	Hypertonie	Jahre	I   1   0
Obduktion angestrebt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Abbildung 30 – (Todesbescheinigung, vertraulicher Teil, Formularsatz Mecklenburg- Vorpommern, Kausalkette Todesursache) Beispielhaft ausgefüllte Todesursachenkaskade bei dem Tod eines jüngeren Patienten ohne relevante Grunderkrankungen, der durch den FVNF sein Leben beenden möchte. In diesen seltenen Fällen sollte die Klassifizierung der Todesart als „nicht-natürlich“ in Erwägung gezogen werden. Das "Grundleiden (Ic)" sollte in diesen Fällen die Form des FVNF selbst sein.

Zur Nieden (2016) und Walther (2018) machten den Vorschlag, auf dem Totenschein „FVNF“ sogar als weitere Todesart einzuführen. Damit sollten Schwierigkeiten beim FVNF komplett aus dem Weg geräumt und auf die Dauer verlässliche statistische Angaben zum FVNF garantiert werden. Allerdings kann hier davon ausgegangen werden, dass dies sich aufgrund der geringen Alltagsrelevanz als wenig praktikabel erweisen würde. Verlässlichere statistische Erhebungen könnten auch damit erzielt werden, dass nur die Fälle des Sterbefastens in die Zeile 1c eingetragen werden und damit in die Todesursachenstatistik einfließen. So würde eine realistische Inzidenz dieser Einzelfälle entstehen und nicht durch die übrigen Fälle von FVNF bei hochbetagten, kranken Patienten verfälscht werden.

In dem Abschnitt der Epikrise sollten, soweit bekannt, weitere Ausführungen zu den Todesumständen gemacht werden. Erfolgte die klare Äußerung eines Sterbewunsches? Lag eventuell sogar eine Patientenverfügung vor? Wie war die körperliche Verfassung des Patienten in den letzten Lebenstagen oder -wochen? Wird hier deutlich, dass der Patient bereits schwer vorerkrankt oder multimorbide war, bevor er die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr verweigerte? Für alle wenigen Fälle des Sterbefastens sei hier nochmals auf die Vorgehensweise aus Abschnitt 5.3.2 verwiesen. Hier könnten dann Dokumente wie das Ethikonsil, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ihre Erwähnung finden.

## 6 Zusammenfassung

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist als Methode, das Leben selbstbestimmt zu beenden, in informierten Fachkreisen weitgehend bekannt. Aktuelle Forschungsarbeiten betonen das Konfliktpotential der FVNF-Thematik, insbesondere bei der Einordnung des FVNF als Suizid und aller daraus resultierenden Handlungskonsequenzen. Grund dieser aufflammenden Diskussion über die Einordnung des FVNF als Suizid einerseits und als Teil des natürlichen Sterbeprozesses am Lebensende andererseits ist der mittlerweile wieder obsoletere Paragraph §217 zur Strafbarkeit der „Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“. Diese neue Gesetzesreform bedrohte zeitweise medizinisches Personal strafrechtlich, welches FVNF-praktizierende Patienten betreute, indem sie die große Frage offenließ, ob sich diese Begleitung bereits als Suizidbeihilfe oder gar als Tötung auf Verlangen darstellt. Außerdem sorgte der Aufruhr innerhalb der deutschen Gesetzeslage auch in medizinischen Fachkreisen für wachsende Unsicherheit beim Umgang mit dem FVNF. Von ärztlicher Seite wurde hier zunehmend die Qualifizierung der Todesart als natürlich oder nicht-natürlich in der ärztlichen Leichenschau problematisiert.

Die hier vorliegende Arbeit mit einer Auswertung von 3548 Todesbescheinigungen des Instituts für Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern hat sich zum Ziel gesetzt, die Relevanz dieser breit thematisierten Konflikte zu beleuchten. Sie soll einerseits dazu beitragen, pragmatische Handlungsweisen für den Umgang mit FVNF-Patienten aufzuzeigen und andererseits praktische Vorschläge für einen rechtssicheren Umgang mit der ärztlichen Leichenschau entwickeln. Die Datenerhebung aus den Todesbescheinigungen erfolgte in dem Zeitraum vom 01.01.2019 – 31.12.2019. Während dieser Zeit konnte bei 244 Verstorbenen (=6,88%) anhand zuvor definierter Kriterien ein Zusammenhang zwischen dem Tod und dem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit hergestellt werden.

In der Analyse der Todesbescheinigungen konnte erkannt werden, dass fast alle leichenschauenden Ärzte eine natürliche Todesart festlegten (n=242). In 2 Ausnahmefällen, bei denen eine nicht-natürliche Todesart ausgewählt wurde, waren jedoch andere Umstände als der FVNF ausschlaggebend. Somit kann man festhalten, dass keiner der Ärzte den FVNF als Suizid und damit als nichtnatürliche Todesart wahrnahm. Weiterhin scheint der

Begriff FVNF selbst in der untersuchten Kohorte noch nicht vollumfänglich bekannt oder üblich zu sein. Die Dokumentation des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit wurde sehr variabel gehandhabt. In keinem der untersuchten Todesbescheinigungen wurde der Terminus „FVNF“ explizit aufgeführt. Vielmehr wurden verschiedenste Umschreibungen in der Epikrise und innerhalb der Todesursachen mithilfe diverser ICD-Codes verwendet.

Besonders interessant ist hierbei, dass 178 Patienten (=72,13%) zum Zeitpunkt des FVNF an einer lebenslimitierende Grunderkrankung litten. Nur bei 27,68% (n=68) der Verstorbenen konnte keine schwerwiegende Grunderkrankung ermittelt werden, sondern ausschließlich die Multimorbidität im Alter. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag bei 86,3 Jahren und 84,9% (n=207) des Gesamtkollektivs waren mindestens 80 Jahre oder älter. Dies zeigt eindeutig, dass die Thematik des FVNF im Alltag viel mehr die deutlich ältere Generation betrifft, welche sich bereits aufgrund ihrer gesundheitlich reduzierten Konstitution am Ende des Lebens befindet. In der Literatur beschriebene Fälle, bei denen sich jüngere und gesunde Menschen entschieden, ihr Leben deutlich vor Beginn des physiologischen Sterbens durch FVNF zu beenden, kamen in der hier vorliegenden Datenanalyse nicht vor. Daher kann davon ausgegangen werden, dass solche Fälle Einzelercheinungen darstellen, die auf die Gesamtstatistik nur marginalen Einfluss nehmen.

In Anbetracht des hohen Alters der Verstorbenen und des breiten Vorliegens einschränkender Grunderkrankungen muss der in Fachkreisen geäußerten Ansicht des FVNF als Form des Suizids deutlich widersprochen werden. Die in der Einleitung vorgestellte Frage von Alt-Epping et al. (2019, 173), „ob auf dem Totenschein nach FVNF die Angabe ‚natürlicher Tod‘ angemessen ist oder nicht“, ist im Hinblick auf die hier untersuchten Todesbescheinigungen mit Ja zu beantworten. Die überwiegende Mehrheit der leichenschauenden Ärzte gab nicht nur eine natürliche Todesursache an, sondern war auch in den Beschreibungen konsistent mit einer Position, die den FVNF nicht als Suizid betrachtet, sondern als natürlichen Tod.

Für eine bessere begriffliche Zuordnung müssen an dieser Stelle dennoch 2 grundlegende Formen des FVNF differenziert werden: Auf der einen Seite steht hier der „implizite/präfinale FVNF“ als natürlicher Vorgang im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess, der eher als Begleiterscheinung wahrzunehmen ist und eine physiologische Konsequenz der abnehmenden Lebenskräfte darstellt. Dieser FVNF stellt auch in der vorliegenden Datenerhebung die einzige Form dar. Auf der anderen Seite steht der Sonderfall des

expliziten FVNF oder „Sterbefastens“ als Suizid und nichtnatürlicher Tod, ohne dass eine zum Tode führende innere Erkrankung oder Multimorbidität im Alter im Vordergrund steht.

Es wäre für den rechtssicheren Umgang mit dem FVNF bei der ärztlichen Leichenschau weiterhin sinnvoll, eine gesonderte ICD-Kodierung oder zumindest genauere Bezeichnungen zu entwickeln, um sowohl eine bessere Dokumentation in der Todesursachenstatistik zu gewährleisten als auch eine Vergleichbarkeit bei Auswertungen von Todesbescheinigungen sicherzustellen. Für ersteren Fall des physiologischen Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverzichts beim Sterben wird empfohlen, auf die ICD-Codes „Symptome und abnorme klinische Laborbefunde - R00-R99“ zurückzugreifen. Die Verschlüsselung mit „Ungenügende Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit - R63.6“ oder mit „(präfinaler/impliziter) FVNF – R63.7“ als neuer ICD-Code kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen, um auch statistische Erhebungen zu der Thematik zu verbessern. Der FVNF soll als vorangegangene Ursache (Ib) einer bereits bestehenden lebenslimitierenden Grunderkrankung notiert werden.

Für den Fall, dass ein Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht als aktiv lebensverkürzende Handlung und somit als Suizid gewertet werden kann, ist eine eigene Codierung für diese Handlungsform hilfreich. Das dann vorliegende Sterbefasten könnte unter die Kategorie „Vorsätzliche Selbstschädigung – X60-X84“ fallen, beispielsweise: „X85 – Vorsätzliche Selbstschädigung durch Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht“. Ergänzende Beschreibungen des Sterbefastens in der Epikrise sind in jedem Fall sinnvoll, um ein schlüssiges Gesamtbild des Sterbeprozesses zu beschreiben. Um qualifizierte medizinische und pflegerische Begleitung den Patientenwünschen entsprechend gewährleisten zu können, kann das rechtzeitige Verfassen einer Patientenverfügung hilfreich sein.

Sinnvoll scheint hier auch die Forderung von Manhart et al. (2018), diese Fälle „echter“ FVNF nennen. Die zur Diskussion gestellte Verfahrensweise beinhaltet das Anberaumen eines primären Ethikkonsils unter Teilnahme der Fachgebiete Palliativmedizin, Psychiatrie, Rechtsmedizin und jenem, entsprechend der Grunderkrankung. Hiermit soll die Prüfung und Bestätigung der freien Willensbildung sowie der Patientenverfügung des Patienten erfolgen, um das spätere Todesermittlungsverfahren zu vereinfachen und damit auch die Belastung der Angehörigen zu mindern. Die Autoren fordern außerdem eine ausführliche Aufklärung des Patienten über Therapiealternativen im Rahmen der Grunderkrankung. In Anbetracht der

Tatsache, dass solch ein Fall vermutlich recht selten auftritt, sollte der vergleichsweise hohe Aufwand nicht nur gerechtfertigt, sondern auch möglich sein.

Nicht zuletzt durch die überrepräsentierte Altersgruppe von über 80-Jährigen ist es vor allem das Fachpersonal in Alters- und Pflegeheimen, welches mit dem FVNF konfrontiert wird. Auch in der vorliegenden Auswertung ist mit 64,34% (n=157) die Mehrheit der Personen in einer Altenpflegeeinrichtung verstorben. Außerdem konnte man sehen, dass viele Verstorbene am Lebensende, neben zahlreichen Grunderkrankungen, bereits mit deutlichen Lebenseinschränkungen wie verschlechtertem Allgemeinzustand (n=86; 35,25%) oder Immobilität (n=23; 9,43%) konfrontiert waren. Immer wieder stehen Pflegekräfte nun vor der Herausforderung, dass Patienten nicht mehr essen und trinken wollen, um ihr subjektives Leid zu beenden und den Sterbeprozess zu beschleunigen. Auch wenn das Sterben in unserer Gesellschaft zum Teil noch als Tabu-Thema behandelt wird erwarten Experten, dass sich künftig immer mehr Menschen für diese Möglichkeit des vorzeitigen Ablebens entscheiden (Teigeler 2018). Es ist daher notwendig, dass sich Gesundheitseinrichtungen und Fachleute mit diesem Thema befassen und diskutieren, wie das Phänomen in Zukunft bewältigt werden kann. Die Forschung in der Medizin schreitet unaufhaltsam voran und die medizinische Versorgung wird kontinuierlich optimiert. Die Kehrseite dessen ist jedoch, dass es alten Menschen damit auch schwerer gemacht wird, an ihren teilweise schweren Grunderkrankungen zu versterben.

Als Forschungsdesiderate bleiben eine verbesserte statistische Erfassung und differenzierte Auswertung vom FVNF allgemein und seinen verschiedenen Ausprägungen. Insbesondere sollte hier auf die Relevanz des „präfinaler/impliziter FVNF“ im Rahmen eines natürlichen Sterbeprozesses und dem FVNF in Form des „expliziten FVNF“ oder „Sterbefasten“ als mögliche Form eines Suizids eingegangen werden. Um diese genauer differenzieren zu können wäre ein Interview der jeweils begleitenden Ärzte eine sinnvolle Ergänzung. Ebenfalls wäre eine genauere Untersuchung des Wissenstands und der Haltung verschiedener Ärzte gegenüber dem FVNF interessant, beispielsweise in Form eines Fragebogens und weiterführender qualitativer Erhebungen. Nicht zuletzt sollte die Auseinandersetzung der Ärzte mit dieser Problematik und der Bezug zur obligatorischen ärztlichen Leichenschau bereits in der akademischen Lehre im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen aufgenommen werden.



## 7 Anhang

### 7.1 Literaturverzeichnis

- Admiraal,P; Chabot, B.; Odgen, R.D.; von Leinen, Pennings, E. A. (2008): „Wege zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben“, 2. Aufl. 2008, S. 24–50, Stiftung WOZZ, Amsterdam.
- Alt-Epping, Bernd (2019): Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in Abgrenzung zum Suizid: Kasustiken und Analogien, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Alt-Epping, Bernd; Coors, Michael; Simon, Alfred (Hrsg.) (2019a): *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Alt-Epping, Bernd; Coors, Michael; Simon, Alfred (Hrsg.) (2020): Konsense, Kontroversen, Desiderate, in: *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches (2011): „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, *Deutsches Ärzteblatt*, [online, 18. Februar 2011]  
[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf)
- Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches (2017): „Sterbehilfegesetz: Karlsruhe will 2017 entscheiden“, *Deutsches Ärzteblatt*, [online, 23.03.2021]  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/186567/Sterbehilfegesetz-Karlsruhe-will-2017-entscheiden>
- Ärztezeitung, Springer Medizin Verlag GmbH (2022): „Neuer Gesetzesentwurf zur Sterbehilfe präsentiert“, [online, 27.01.2022]  
<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Neuer-Gesetzesentwurf-zur-Sterbehilfe-praesentiert-426351.html>
- Berry, EM; Marcus E-L Disorders of Eating in the Elderly. *Journal of Adult Development*, 2000;7:2-87–99.10.1023/a:1009575706990
- Bickhardt, Jürgen; Hanke, Roland Martin (2014): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz eigene Handlungsweise, *Deutsches Ärzteblatt*, [online, 06.04.2014]  
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/158359/Freiwilliger-Verzicht-auf-Nahrung-und-Fluessigkeit-Eine-ganz-eigene-Handlungsweise>

- Birnbacher, Dieter (2019): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit > passiver < Suizid - was folgt?, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Birnbacher, Dieter (2015): Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?, in: *Ethik in der Medizin*, Jg. 27, Nr. 4, S. 315–324, doi: [10.1007/s00481-015-0337-9](https://doi.org/10.1007/s00481-015-0337-9).
- Birnbacher, Dieter (2020): Sterbefasten – philosophisch, in: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer, und Andreas Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik*, Stuttgart: J.B. Metzler, S. 413–416, doi: [10.1007/978-3-476-05762-4\\_62](https://doi.org/10.1007/978-3-476-05762-4_62).
- Birnbacher, Dieter; Walther, Christian (2019): Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, in: *PflegeRecht: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege*, Nr. 4, S. 211–218.
- Birnbacher, Dieter; zur Nieden, Christiane; zur Nieden, Hans-Christoph; Lang, Claudia; Riemer, Martin (2017) DGHS-Podiumsdiskussion 5. April 2017: Mit Sterbefasten das Leben selbstbestimmt beenden? Medizinische und rechtliche Aspekte des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit; *DGHS-Schriftenreihe Nr. 12*, S.17
- Black, K., & Csikai, E. L. (2015): Dying in the age of choice. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 11(1), 27–49. <https://doi.org/10.1080/15524256.2015.1021072>
- Bolt, Eva E.; Hagens, Martijn; Willems, Dick; et al. (2015): Primary Care Patients Hastening Death by Voluntarily Stopping Eating and Drinking, in: *Annals of Family Medicine*, Jg. 13, Nr. 5, S. 421–428, doi: [10.1370/afm.1814](https://doi.org/10.1370/afm.1814).
- Borasio, Gian Domenico; Jox, Ralf; Taupitz, Jochen; Wiesing, Urban (2020): „Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben: Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“, 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesärztekammer, 124. Deutscher Ärztetag (2021): “Striktes Verbot der Suizidhilfe aus (Muster-)Berufsordnung gestrichen / Ärzteparlament sieht Hilfe zur Selbsttötung weiterhin nicht als ärztliche Aufgabe”, [online, 05.05.2021]  
<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/striktes-verbot-der-suizidhilfe-aus-muster-berufsordnung-gestrichen-aerzteparlament-sieht-hilfe-z/>
- Bundesgerichtshof, Urteile vom 03.07.2019 - 5 StR 132/18 und 5 StR 393/18.
- Bundesverfassungsgericht, 2 Senat (2020): Bundesverfassungsgericht - Entscheidungen - Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig, Bundesverfassungsgericht, [online, 24.03.2021]

[https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html)

- Chabot, Boudewijn E. (2007): A humane self-chosen death. Hidden dying trajectories in conversation with proxies. The Netherlands: Uitgeverij Bert Bakker; S. 304
- Chabot, Boudewijn E.; Goedhart, Arnold (2009): A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population, in: *Social Science & Medicine*, Elsevier, Jg. 68, Nr. 10, S. 1745–1751.
- Chabot, Boudewijn; Walther, Christian (2017): *Ausweg am Lebensende: Sterbefasten - Selbstbestimmtes Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken*, 5th edition. Reinhardt, Ernst.
- Coors, Michael (2019): Zur theologisch-ethischen Bewertung des Freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine evangelische Perspektive, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Coors, Michael; Dörries, Andrea (2020): Protestant Perspectives on End of Life Care, in: S. 131–144, doi: [10.1007/978-3-030-40033-0\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-40033-0_9).
- Coors, Michael; Simon, Alfred; Alt-Epping, Bernd (2019): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF): Ein einleitender Überblick, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Deisenhammer, Eberhard A.; Ing, Chy-Meng; Strauss, Robert; et al. (2009): The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt?, in: *The Journal of Clinical Psychiatry*, Jg. 70, Nr. 1, S. 19–24.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2020): Stellungnahme - „Eckpunkte für eine mögliche Neuregelung der Suizidassistentz“, [online, 21.08.2020]  
<https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/suizidassistentz.html>
- Duttge, Gunnar; Plank, Kristine (2017): Strafbewehrung der assistierten Selbsttötung § 217 StGB als schlechte Kompromisslösung, in: *EthikJournal*, Jg. 4, Nr. 2.
- Erlemeier, Norbert; Wirtz, Markus (2001): *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*, Stuttgart: W. Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

- Fehn, Sabrina; André Fringer (2017): „Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten“. *Schweizerische Ärztezeitung* 98(36): 1161–63
- Feichtner, Angelika; Weixler, Dietmar; Birklbauer, Alois (2018a): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen: Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jg. 168, Nr. 7–8, S. 168–176, doi: [10.1007/s10354-018-0629-z](https://doi.org/10.1007/s10354-018-0629-z).
- Feichtner, Angelika; Weixler, Dietmar; Birklbauer, Alois (2018b): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen: Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jg. 168, Nr. 7–8, S. 168–176, doi: [10.1007/s10354-018-0629-z](https://doi.org/10.1007/s10354-018-0629-z).
- Fischer, J. (2005): Sterben hat seine Zeit. Zur deutschen Debatte über die Reichweite von Patientenverfügungen. *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 102 (3), 352–370.
- Fischer, J. (2009): Warum überhaupt ist Suizid ein ethisches Problem? Über Suizid und Suizidbeihilfe. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, 243–256.
- Ganzini, Linda; Goy, Elizabeth R.; Miller, Lois L.; et al. (2003): Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death, in: *The New England Journal of Medicine*, Jg. 349, Nr. 4, S. 359–365, doi: [10.1056/NEJMsa035086](https://doi.org/10.1056/NEJMsa035086).
- GENESIS-Online; Bevölkerung: Altersjahre, Geschlecht (2020), Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de; Bundeszentrale für politische Bildung 2020, [www.bpb.de](http://www.bpb.de)
- Graubner, D. med. B. (2017): ICD-10-GM 2017 Systematisches Verzeichnis (D. I. für M. D. und I. (DIMDI) (Hrsg.)). Deutscher Ärzteverlag.
- Hagens, Martijn; Pasman H.R.W.; van der Heide, Agnes; Onwuteaka-Philipsen, Bregje D. (2021): „Intentionally ending one's own life in the presence or absence of a medical condition: A nationwide mortality follow-back study“, *SSM - Population Health* 15: 100871, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100871>.
- Hamm, Robert J.; Knisely, Janet S.; Watson, Ann; et al. (1985): Hormonal mediation of the analgesia produced by food deprivation, in: *Physiology & Behavior*, Netherlands: Elsevier Science, Jg. 35, Nr. 6, S. 879–882, doi: [10.1016/0031-9384\(85\)90254-9](https://doi.org/10.1016/0031-9384(85)90254-9).
- Hanke, Roland Martin (2019): Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der hausärztlichen Praxis, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hanke, Roland Martin; Bickhardt, Jürgen (2014): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz eigene Handlungsweise, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 111, Nr. 14.

- Hartog I.D., Zomers M.L., van Thiel G.J.M.W., Leget C., Sachs A.P.E., Uiterwaal C.S.P.M., van den Berg V., van Wijngaarden E. (2020): Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: A large cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*. 2020 Sep 17;20(1):342. doi: 10.1186/s12877-020-01735-0.
- Hoekstra, N. L.; Simon, Alfred (2019): Empirische Daten zum Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoekstra, N. L.; Strack, M.; Simon, A. (2015): Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, © Georg Thieme Verlag KG, Jg. 16, Nr. 2, S. 68–73, doi: [10.1055/s-0034-1387571](https://doi.org/10.1055/s-0034-1387571).
- ICD-10 (WHO Version 2016): Kapitel XX, Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98) Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84). <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2016/block-x60-x84.htm>
- Ivanović, Nataša; Büche, Daniel; Fringer, André (2014): Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a „systematic search and review“ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life, in: *BMC palliative care*, Jg. 13, Nr. 1, S. 1, doi: [10.1186/1472-684X-13-1](https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-1).
- Jox, Ralf J.; Black, Isra; Borasio, Gian Domenico; et al. (2017): Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified?, in: *BMC Medicine*, Jg. 15, Nr. 1, S. 186, doi: [10.1186/s12916-017-0950-1](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0950-1).
- Jox, Ralf (2018): „Ethische Herausforderungen in der End-of-Life Care“, in: Manuel Trachsel (Hrsg.), *End-of-Life Care*, S. 53 ff., Hogrefe, Bern
- Kaufmann, Peter; Trachsel, Manuel; Walther, Christian (2020): *Sterbefasten: Fallbeispiele zur Diskussion über den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*, S.l.: W. Kohlhammer GmbH.
- Kittelberger, F. (2018): „Der Skandal liegt in der Verharmlosung durch die Verwendung des Begriffs »Fasten«!“, *Praxis Palliative Care* 41/2018, 21–24.
- Klein, A. (2017): S1-Leitlinie 054-001, Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau - Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin, in: *AWMF online*,.
- Klein Remane, Ursula; Fringer, André (2013): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review, in: *Pflege*, Hogrefe AG, Jg. 26, Nr. 6, S. 411–420, doi: [10.1024/1012-5302/a000329](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000329).

- KNMG Royal Dutch Medical Association, & V&VN Dutch Nurses' Association. (2014). KNMG and V&VN Guide Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. Utrecht, the Netherlands: KNMG, V&VN, 2014. [Online, 15.03.2022] 51 pp. Available from: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/publications-in-english.html>
- Kox RMK, Pasmaan HRW, Huisman M, Benneker W, Onwuteaka-Philipsen BD (2021): Current wishes to die; characteristics of middle-aged and older Dutch adults who are ready to give up on life: a cross-sectional study. *BMC Med Ethics*. 2021 May 21;22(1):64. doi: 10.1186/s12910-021-00632-4. PMID: 34020628.
- Kriesen, Ursula; Dettmeyer, Reinhard B.; Junghanß, Christian; Manhart, Johannes (2021): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und die Suiziddiskussion: ... nur akademisch oder auch relevant?, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, Jg. 22, Nr. 01, S. 12–17, doi: [10.1055/a-1307-9106](https://doi.org/10.1055/a-1307-9106).
- Krüskenper, W.; Hofmeister, U.; Stähli, A. (2016): (Freiwilliger) Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Überlegungen und mögliche Angebote aus der Praxis, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, © Georg Thieme Verlag KG, Jg. 17, Nr. 6, S. 284–287, doi: [10.1055/s-0042-114184](https://doi.org/10.1055/s-0042-114184).
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (o. J.): *Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz - BestattG M-V) Vom 3. Juli 1998*,.
- Madan, T. N. (1992): Dying with dignity, in: *Social Science & Medicine*, Elsevier, Jg. 35, Nr. 4, S. 425–432.
- Madea, Burkhard (1995): „Die ärztliche Leichenschau“, 3. Auflage, Heidelberg Springer Medizin, 113/13: S. 193–196 und 231–234.
- Madea B., Dettmeyer R. (2003): Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. *Deutsches Ärzteblatt*;100(November): A3161–A3179.
- Manhart Johannes; Junghanß, Christian; Büttner, Andreas; Kriesen, Ursula (2018): „FVNF und die Suiziddiskussion: hochakademisch oder hochrelevant?“ *Zeitschrift für Palliativmedizin* 19(05): 27 - 27. doi:10.1055/s-0038-1669290
- Manhart, Johannes; Zack, Fred; Dettmeyer, Reinhard; et al. (2019): Leserbrief zum Beitrag: Walther C: „Sterbefasten“: Wie umgehen mit dem Totenschein? *Z Palliativmedizin* 2018; 19: 278–281, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, Jg. 20, Nr. 02, S. 63–64, doi: [10.1055/a-0853-0094](https://doi.org/10.1055/a-0853-0094).

- McClement S. Cancer anorexia-cachexia syndrome (2005): Psychological effect on the patient and family. *J Wound Ostomy Continence Nurs*; 32:4-264–268.
- Menzel, P.T. (2016): “Merits, Demands, and Challenges of VSED”. *Narrative Inquiries in Bioethics* 6, S. 121–126
- Metter, D. (1978): „Ärztliche Leichenschau und Dunkelziffer bei unnatürlichen Todesfällen – Kriminalistik“, 32: 155–157.
- Neitzke, Gerald (2019): Grenzziehung zwischen Suizid und freiwilligem Nahrungsverzicht (FVNF), in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- O. A. (2015): *Strafgesetzbuch (StGB) § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*,.
- O. A. (2014): Todesursachen in der Todesbescheinigung, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
- Ohnsorge, Kathrin; Gudat, Heike; Rehmann-Sutter, Christoph (2014): What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care, in: *BMC palliative care*, Jg. 13, S. 38, doi: [10.1186/1472-684X-13-38](https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38).
- Onwuteaka-Philipsen, Bregje D; Brinkman-Stoppelenburg, Arianne; Penning, Corine; et al. (2012): Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, in: *The Lancet*, Jg. 380, Nr. 9845, S. 908–915, doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4).
- Orrevall Y. (2015): Nutritional support at the end of life. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 31(4), 615–616. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.12.004>
- Pasman, HR; Willems DL; Onwuteaka-Philipsen BD (2013): “What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with people, relatives and physicians.” *Patient Educ Couns.* 2013 Sep;92(3):313–318. doi:10.1016/j.pec.2013.06.007.
- Pfisterer, Mathias (2019): Lebenssatt - die Sicht des Geriaters, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Pinzon, Luis Carlos Escobar; Claus, Matthias; Perrar, Klaus Maria; Zepf, Kirsten Isabel; Letzel, Stephan; Weber, Martin (2013): „Dying with dementia“. *Deutsches Ärzteblatt International* 110(12): 195–202.

- Pope, T.M.; West, A. (2014): "Legal briefing: voluntarily stopping eating and drinking", *J. Clin. Ethics* 25, S. 68–80
- Quill, T.E.; Lo, B.; Brock, D.W. (1997): "Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia", *JAMA* 278, S. 2099–2104
- Quill, Timothy E.; Battin, Margaret P. (Hrsg.) (2004): *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient Choice*, 1st edition. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.
- Quill, T.E.; MD, Ganzini, L.; Truog; R.D.; Pope T.M. (2017): "Voluntarily Stopping Eating and Drinking Among Patients with Serious Advanced Illness – Clinical, Ethical, and Legal Aspects", *JAMA Intern Med.* 178, S. 123–127
- Radbruch, Lukas; Münch, Urs; Maier, Bernd-Oliver; et al. (2019): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken, in: S. 15.
- Riedel, Annette (2019): Ernährung am Lebensende - Situationen moralischer Ungewissheit fordern ethisch reflektierte Entscheidungen, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothschild, M.A. (2009): Probleme bei der ärztlichen Leichenschau, in: *Rechtsmedizin*, Jg. 19, Nr. 6, S. 407, doi: [10.1007/s00194-009-0627-y](https://doi.org/10.1007/s00194-009-0627-y).
- Saxena, Shekhar; Krug, Etienne G.; Chestnov, Oleg (2014): *Preventing suicide: a global imperative*, Geneva: World Health Organization.
- Schelhase, Torsten; Weber, S. (2007): Die Todesursachenstatistik in Deutschland: Probleme und Perspektiven, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Jg. 50, Nr. 7, S. 969–976, doi: [10.1007/s00103-007-0287-6](https://doi.org/10.1007/s00103-007-0287-6).
- Schnabel, P., Meyboom-de Jong, B., Schudel, W. J., Cleiren, C. P., Mevis, P. A., Verkerk, M. H., et al. (2016): Completed Life. On assistance in suicide to people who regard their lives completed. Den Haag, The Netherlands: Advisory Committee Completed Life; 2016 Jan [Online, 15.03.2022]. 244 pp. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/02/04/rapport-adviescommissie-voltooid-leven>
- Schneider, Barbara (2019): Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit - Psychiatrische Perspektive, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.



- Schneider, Barbara; S Müller, Ronja; Sperling, Uwe (2020): Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED): A Suicidological Perspective, in: *GeroPsych*, S. 1–10, doi: [10.1024/1662-9647/a000252](https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000252).
- Schwarz, Judith (2007): Exploring the option of voluntarily stopping eating and drinking within the context of a suffering patient's request for a hastened death, in: *Journal of Palliative Medicine*, Jg. 10, Nr. 6, S. 1288–1297, doi: [10.1089/jpm.2007.0027](https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0027).
- Shinjo, Takuya; Morita, Tatsuya; Kiuchi, Daisuke; et al. (2017): Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey, in: *BMJ Supportive & Palliative Care*, British Medical Journal Publishing Group, Jg. 9, Nr. 2, S. 143–145, doi: [10.1136/bmjspcare-2017-001426](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001426).
- Stängle, Sabrina; Schnepf, Wilfried; Mezger, Mirjam; et al. (2018): Voluntary Stopping of Eating and Drinking in Switzerland From Different Points of View: Protocol for a Mixed-Methods Study, in: *JMIR Research Protocols*, Jg. 7, Nr. 12, S. e10358, doi: [10.2196/10358](https://doi.org/10.2196/10358).
- Stängle, Sabrina; Schnepf, Wilfried; Fringer, André (2019): „The need to distinguish between different forms of oral nutrition refusal and different forms of voluntary stopping of eating and drinking“. *Palliative Care and Social Practice* 13: 1–7.
- Studt, Hans H. (Hrsg.) (1999): *Psychotherapeutische Medizin: Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfadens für Klinik und Praxis*, Reprint 2012 edition. Berlin: De Gruyter.
- Teigeler, Brigitte (2018): Das Thema kommt auf uns zu, in: *BibliomedPflege Online-Portal für professionell Pflegende*, Nr. 8.
- Tolmein, Oliver (2019): 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: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Tolmein, Oliver; Radbruch, Lukas (2017): Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis\*, *Deutsches Ärzteblatt*, [online] [https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-\(-217-StGB\)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis](https://www.aerzteblatt.de/archiv/186360/Verbot-der-geschaeftsmaessigen-Foerderung-der-Selbsttoetung-(-217-StGB)-Hinweise-und-Erlaeuterungen-fuer-die-aerztliche-Praxis) [23.03.2021].
- Trachsel, Manuel (2020): Selbstbestimmungsfähigkeit und deren Beeinträchtigung beim Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Psychische Erkrankungen, Delir und andere Ursachen, in: Peter Kaufmann, Manuel Trachsel, und Christian Walther (Hrsg.),

*Sterbefasten: Fallbeispiele zur Diskussion über den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*, S.I.: W. Kohlhammer GmbH.

- Van der Heide, A; Onwuteaka-Philipsen, BD; Rurup, ML; Buiting, HM; van Delden, JJ, Hanssen-de Wolf, JE et al (2007). End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med*. 2007 May 10;356(19):1957–65. doi:10.1056/NEJMsa071143.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, T., Scheerder, G., Arensman, E., Aromaa, E., Giupponi, G., Gusmão, R., Maxwell, M., Pull, C., Szekely, A., Sola, V. P., & Hegerl, U. (2008): Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of epidemiology and community health*, 62(6), 545–551. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391>
- Verhorst, Angelina (2019): Zum pflegerischem Umgang bei Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der hausärztlichen Praxis, in: Bernd Alt-Epping, Michael Coors, und Alfred Simon (Hrsg.), *Freiwilliger Verzicht Auf Nahrung Und Flüssigkeit: Medizinische Und Pflegerische Grundlagen - Ethische Und Rechtliche Bewertungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Vennemann, B.; Du Chesne, A; Brinkmann, B (2001): „Die Praxis der ärztlichen Leichenschau“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Georg Thieme Verlag Stuttgart/ New York, 126(24): 712–716.
- Vink, T. (2013). Self-euthanasia. A self-delivered good death under own autonomy. *The Netherlands: Damon*; (p. 176).
- Walther, Christian (2018): „Sterbefasten“: Wie umgehen mit dem Totenschein?, in: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, Jg. 19, Nr. 06, S. 278–281, doi: [10.1055/a-0723-8767](https://doi.org/10.1055/a-0723-8767).
- Wettstein, Albert (2015): Gutes Sterben heute? Die verschiedenen Möglichkeiten. Was Pateintenverfügungen dazu beitragen können, Zürich, 4.5.2015.
- WHO (2013): Kapitel XX Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y98), in: *ICD-10- WHO Version 2013*,.
- Wittwer, Héctor (2021): „Sterbehilfe und ärztliche Beihilfe zum Suizid: Grundlagentexte zur ethischen Debatte“, Freiburg/München: Verlag Karl Alber.
- Wolfersdorf, Manfred; Kaschka, Wolfgang (Hrsg.) (1996): *Suizidalität: Die biologische Dimension*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag (Bayer-ZNS-Symposium), doi: [10.1007/978-3-642-79855-9](https://doi.org/10.1007/978-3-642-79855-9).
- Wolfersdorf, Manfred, Etzendorfer Erhard (2011): *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer

Zack, Fred; Kaden, Alrik; Riepenhausen, S.; et al. (2017): Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung, in: *Rechtsmedizin*, S. 1–12, doi: [10.1007/s00194-017-0193-7](https://doi.org/10.1007/s00194-017-0193-7).

Zur Nieden C. (2016): Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine Fallbeschreibung. 2. Aufl. Frankfurt am Main.

## 7.2 Anhang

Todesursache/Klinischer Befund	Zeile im Totenschein					Σ
	Ia	Ib	Ic	II	III	
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	9	32	39	30	28	138
Sonstige Formen der Herzkrankheit	60	15	6	15	19	115
Niereninsuffizienz	33	5	9	28	16	91
Hypertonie		11	37	27	11	86
Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	38	24	5	4	2	73
Ischämische Herzkrankheiten	6	31	13	11	12	73
Diabetes mellitus		2	4	31	15	52
Senilität	33	5	7	4		49
Volumenmangel	13	21	2	2	1	39
Zerebrovaskuläre Krankheiten	6	1	3	9	6	25
Allgemeinsymptome	8	5	1	5	5	24
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	5	6	3	1	2	17
Grippe und Pneumonie	10	3	2	1		16
Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen		5	8	2		15
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen		1	3	6	5	15
Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1	3	5	3	1	13
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse		2	3	2		7
Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	1		1	3	2	7
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	3		2	1	1	7
Krankheiten der Schilddrüse				2	5	7
Epilepsie			1	3	2	6
Stoffwechselstörungen	1	2	2		1	6
Depression				2	4	6
COPD	1			4		5
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	5					5
Sonstige Allimentäre Mangelzustände		4		1		5
Aplastische und sonstige Anämien			1	2	1	4
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	1		1		1	3
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege		2	1			3
Osteopathien und Chondropathien			1		2	3
Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes		1		2		3
Multorganversagen	3					3
Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert			1	1		2
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen			1		1	2
Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen	2					2
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums		2				2
Pulmonale Herzkrankheit			2			2
Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis			1	1		2
Bösartige Neubildungen der Hamorgane			1		1	2
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen				1	1	2
Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane			2			2
Aszites		2				2
Erregungszustände		1				1
Symptome, die das Harnsystem betreffen					1	1
Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems				1		1
Poliomyelitis				1		1
Akute Infektionen der oberen Atemwege					1	1
Polyarthrosen				1		1
Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet				1		1
Adipositas und sonstige Überernährung			1			1
Stoffwechselstörungen (Dehydratation)	1					1
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen		1				1
Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx					1	1
Essensverweigerung		1				1
Lymphödem					1	1
rezidivierende Erregungszustände		1				1
Sonstige Immundefekte			1			1
Rheuma				1		1
Harnwegsinfekt			1			1
Sarkopenie		1				1
Lupus				1		1
Schenkelhalsfraktur		1				1
Sturzneigung				1		1
Krankheiten der Leber	1					1
Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen		1				1
Dysphagie	1					1
Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen		1				1
Essstörungen		1				1
Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten		1				1
Septischer Schock				1		1
Verhaltensstörung bei schwerer Deblilität					1	1
Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems	1					1
Fieber	1					1
Schizophrenie					1	1
Schmerzsyndrom					1	1
Σ	244	195	171	212	152	974

Tabelle 1 – (zu 4.9) Auf der Todesbescheinigung unter Ia bis II erfasste Todesursachen mit Einzeldiagnosen

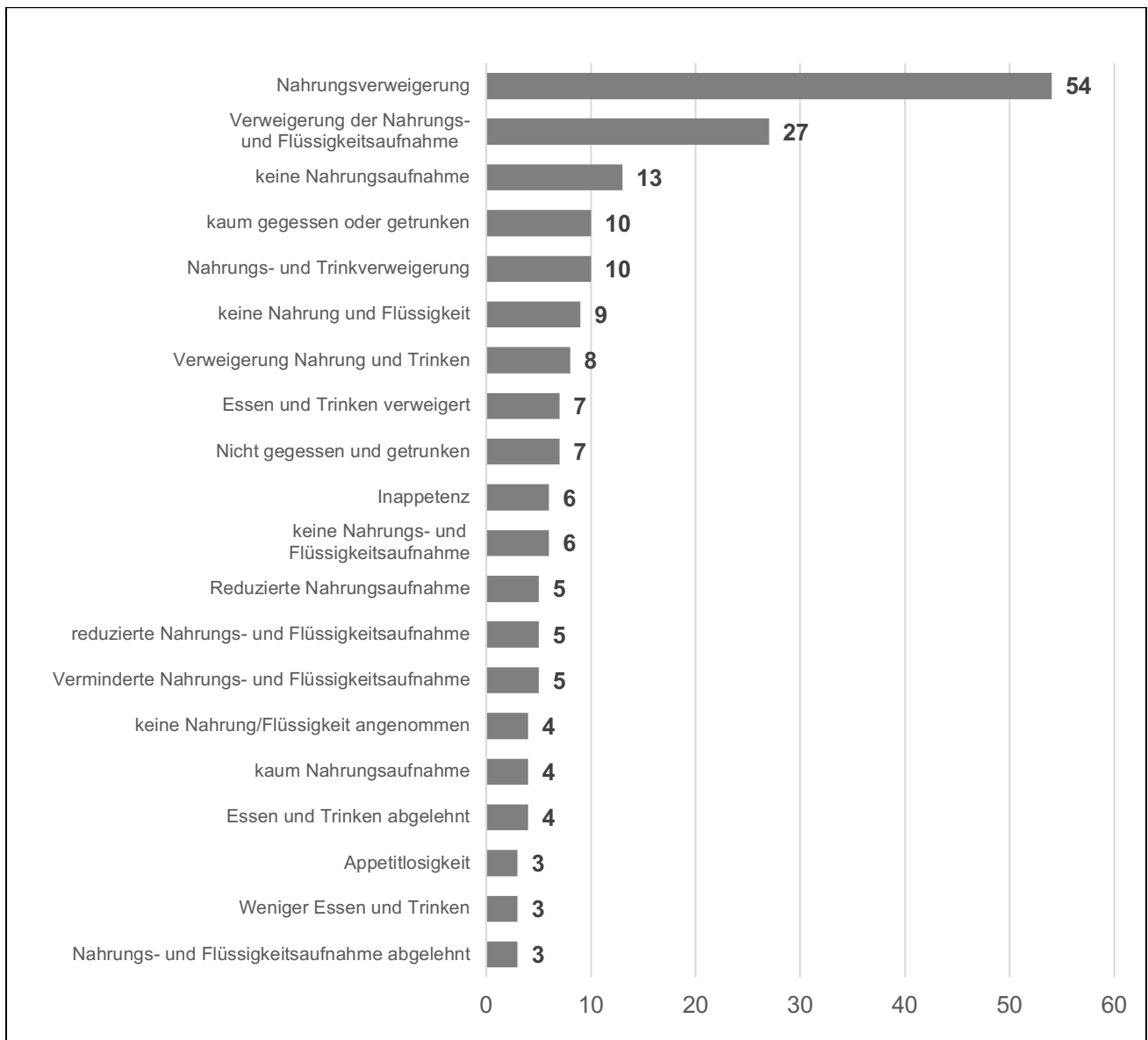


Abbildung 31 – (zu 4.11.1) Gesamtheit aller Beschreibungen des FVNF, die zur Dokumentation auf der Todesbescheinigung verwendet wurden

### 7.3 Abkürzungsverzeichnis

FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
FVET	Freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken
VRFF	Voluntary Refusal of Food and Fluid
VSED	Voluntary (bzw. Voluntarily) Stopping of Eating and Drinking
ggf.	gegebenenfalls
vs.	versus
o.g.	oben genannte(n)
d.h.	das heißt
n.n.b	nicht näher bezeichnet
et al.	et alii