



# Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen

## Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

Angelika Feichtner · Dietmar Weixler · Alois Birklbauer

Eingegangen: 6. September 2017 / Angenommen: 7. Februar 2018  
 © Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2018

**Zusammenfassung** Die Angst vor einem verlängerten, leidvollen Sterbeprozess kann dazu führen, dass terminal kranke PatientInnen bewusst auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um ihren Sterbeprozess zu beschleunigen. Für professionell Betreuende kann dies ein beträchtliches Spannungsfeld bedeuten, denn einerseits gilt die ethische Verpflichtung, das Sterben nicht zu beschleunigen, andererseits ist das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung zu achten. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) unterscheidet sich von allen anderen Formen des Therapieverzichts, auch in aller Deutlichkeit vom assistierten Suizid. Das Nicht-Zulassen des FVNF liefe auf die Legitimierung einer Zwangsbehandlung bei einer selbstbestimmungsfähigen Person hinaus. Die im Zusammenhang mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit auftretenden Symptome führen zu einem signifikanten Bedarf an palliativer Betreuung. Die medizinische und pflegerische Versorgung dieser PatientInnen stellt keine Hilfe zur Selbsttötung dar, sondern sie ist Teil der ärztlichen und pflegerischen Betreuung im Rahmen des Sterbeprozesses. Eine interprofessionelle Arbeitsgruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) behandelt in ihrem Positionspapier die wesentlichen rechtlichen, ethischen, pflegerischen und medizinischen Aspekte, welche im Kontext einer palliativen Betreuung ei-

nes Menschen am Lebensende aufgeworfen werden, wenn sich dieser dazu entschließt, seine Lebenszeit durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu verkürzen.

**Schlüsselwörter** Sterbefasten · Sterbewunsch · Palliative Care · Palliative Sedierung · Selbstbestimmung

### Voluntary stopping eating and drinking (VSED) A position paper of the Austrian Palliative Society

**Summary** In some cases terminally ill patients fear of prolonged dying and suffering can manifest itself in the voluntary refusal of food and fluids, aiming to accelerate the dying process. This represents a considerable area of conflict, because of the ethical responsibility to not aid a person's death but also to respect a patients autonomy.

There is a clear separation between an assisted suicide and following a patient's wishes. Not to accept the voluntary refusal of FVNF would have to be considered as forced treatment of patients while they are capable of self-determination.

Several symptoms associated with or caused by voluntary refusal of food and fluids do require palliative care. It is important to be aware, that caring for dying patients refusing food and fluids and accepting their choice is not synonymous with assisted suicide. Rather is it part of medical and nursing care for patients during their dying-process.

An interprofessional working group of the Austrian Palliative Society (OPG) intends to shed light on the legal, ethical, medical and nursing related aspects concerning this subject of growing public and professional interest.

**Keywords** Fasting to die · Wish to hasten death · Palliative Care · Palliative sedation · autonomy

A. Feichtner (✉)  
 Arbeitsgruppe „Ethik in Palliative Care“, Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich  
[angelika.feichtner@gmx.net](mailto:angelika.feichtner@gmx.net)

D. Weixler  
 Landesklinikum Horn, Horn, Österreich

A. Birklbauer  
 Johannes-Kepler-Universität Linz, Linz, Österreich

## Abkürzungen

FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
VRFF	Voluntary refusal of food and fluid [1]
VSED	Voluntary stopping of eating and drinking

Der häufig verwendete Begriff des Sterbefastens erscheint nicht passend, denn er bezieht den Flüssigkeitsverzicht nicht mit ein. Daher scheint es geboten, eher den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, abgekürzt FVNF, als Begriff zu verwenden.

## Einleitung

Das Recht auf Selbstbestimmung, Bedürfnisse nach Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Sicherheit sind wichtige Anliegen eines Menschen am Ende seines Lebens. In den letzten Jahren wird die Option, Kontrolle über den Zeitpunkt des eigenen Todes zu gewinnen, zunehmend und öffentlichkeitswirksam debattiert. In mehreren Ländern kam es zu einer Änderung der Gesetzgebung. In Österreich hat sich die Rechtslage hingegen nicht geändert. Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen sind nach wie vor strafrechtlich pönalisiert.

Entscheiden sich schwerkranke Menschen dazu ihren Sterbeprozess durch den bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu beschleunigen, kann dies für die behandelnden Ärzte und Ärztinnen, sowie für das Pflegepersonal zu einem Dilemma führen: einerseits gilt die ethische Verpflichtung, das Sterben nicht zu beschleunigen, andererseits ist das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung zu achten.

Die auftretenden Symptome im Zusammenhang mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit führen zu einem deutlichen Bedarf an palliativmedizinischer und pflegerischer Betreuung. Da in Medizin und Pflege aber vielfach Bedenken hinsichtlich rechtlicher Konsequenzen bestehen, geht damit die Gefahr einher, dass PatientInnen, die sich zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden, von einer indizierten Palliativversorgung ausgeschlossen werden.

Das Positionspapier der Österreichischen Palliativgesellschaft soll dazu beitragen, mehr Klarheit und Sicherheit für die Betreuung von PatientInnen mit einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu gewinnen.

## Methode

Im Rahmen einer Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken PubMed, CINAHL, Research Gate und Google Scholar wurden 49 relevante Arbeiten aus den Jahren 2000–2017 erfasst, ausgewertet und daraus ein narratives Review erstellt.

## Definition

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) wird beschrieben als eine Handlung, die von einer zurechnungsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen freiwillig und bewusst gewählt wird, um den Tod frühzeitig aufgrund unerträglichen, anhaltenden Leidens herbeizuführen [2].

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann damit nur für entscheidungs-kompetente PatientInnen ohne kognitive Beeinträchtigung eine Option darstellen.

Die Patienten und Patientinnen sind physisch dazu in der Lage, oral Flüssigkeit oder Nahrung zu sich zu nehmen, sie entscheiden sich jedoch bewusst dagegen [3].

## Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Die sterbewillige Person verzichtet ganz auf Nahrung und reduziert die Flüssigkeitszufuhr auf ein absolutes Minimum für Mundpflege und Medikamenteneinnahme. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist damit eine bewusst geplante und durchgeführte Handlung mit der Absicht, einen vorzeitigen Tod herbeizuführen [2].

Für das involvierte medizinische Personal kann sich während der Begleitung eines Patienten beim FVNF ein Konflikt entwickeln: Einerseits wollen begleitende Ärzte und Pflegenden die Autonomie des Patienten wahren, auf den Wunsch des Patienten nach Selbstbestimmung eingehen und ihn palliativmedizinisch während des Sterbeprozesses professionell begleiten. Andererseits kann die Begleitung des Patienten vom betreffenden Arzt auch als Unterstützung in einem Sterbeprozess wahrgenommen werden, welcher vom Patienten bewusst vorzeitig initiiert oder beschleunigt wurde und somit dem Anspruch des Arztes, Fürsorge im Sinne der Lebenserhaltung leisten zu wollen, widersprechen. In Abhängigkeit von der Bewertung des FVNF durch den begleitenden Arzt kann ihm sein Handeln entweder als gebotene und nötige palliativmedizinische Begleitung eines Sterbenden oder als ärztliche Hilfe zur Selbsttötung erscheinen [4].

Der Verzicht auf Essen und Trinken, mit dem Ziel, den Tod rascher herbeizuführen, ist eine schon seit der Antike praktizierte, heute jedoch relativ selten angewendete Möglichkeit, den Sterbeprozess zu beschleunigen. Die bisherige Auseinandersetzung mit dem Thema war von der Annahme geprägt, dass die Entscheidung von schwerkranken Menschen, ihren Sterbeprozess durch den FVNF zu beschleunigen, eine seltene Ausnahme darstellt. Daher gibt es bislang noch kaum umfassendere wissenschaftliche Untersuchungen dazu und aktuell auch noch keine medizinischen oder medizin-ethischen Leitlinien, wie mit dem Wunsch eines Patienten/einer Patientin nach Begleitung beim FVNF umgegangen werden kann [5].

Die Praxis zeigt jedoch, dass der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bei alten und hochaltigen Menschen zunehmend häufiger zu beobachten ist [6]. Auch in der Palliative Care stellt der FVNF eine durchaus relevante Thematik dar. Seit einigen Jahren wird der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit auch hier zunehmend als eine (palliative) Option „of last resort“ diskutiert, und es gilt der FVNF inzwischen als eine legal akzeptable Option [7].

So zeigt eine empirische Umfrage durch Hoekstra et al. (2015) bei 255 palliativ-medizinisch und hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, dass die Häufigkeit des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende bislang unterschätzt wurde. In dieser Studie gaben fast zwei Drittel (62 %) der teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen an, in den letzten fünf Jahren mindestens einen Patienten bzw. eine Patientin beim FVNF betreut zu haben. Ein Fünftel (21 %) gab an, in diesem Zeitraum mehr als fünf PatientInnen mit FVNF begleitet zu haben, was durchschnittlich einem Patienten bzw. einer Patientin mit FVNF pro Jahr entspricht [4].

Diese empirische Zunahme des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel, das Sterben zu beschleunigen, könnte unter anderem auch in der zunehmenden Bedeutung von Selbstbestimmtheit und dem Bedürfnis nach Kontrolle begründet sein. Chabot und Goedhart (2009) bestätigen diese These. Sie erkennen einen zunehmenden Wunsch, den Zeitpunkt des eigenen Sterbens bzw. den eigenen Sterbeprozess insgesamt zu kontrollieren [8].

Ein weiterer Grund für den Wunsch, das eigene Sterben zu beschleunigen, könnte aber auch in der zunehmenden Angst vor einem durch medizinische Interventionen verlängerten Sterbeprozess liegen.

## Abgrenzungen

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unterscheidet sich deutlich vom Verlust von Appetit und des Interesses an Nahrung und Trinken, wie es sehr häufig bei Patienten und Patientinnen in der terminalen Phase zu beobachten ist. Im Fall des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit sind die PatientInnen physisch durchaus noch in der Lage, zu essen und zu trinken, sie entscheiden sich aber dazu auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten mit der Absicht, ihren Sterbeprozess zu beschleunigen.

Der FVNF ist damit als bewusst getroffene Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin zu verstehen und zu unterscheiden von jenen Situationen, in denen PatientInnen am Ende ihres Lebens nicht mehr essen und trinken, weil sie keinen Hunger und keinen Durst mehr verspüren.

Ebenso ist der FVNF aber auch klar von der Beendigung einer künstlichen Ernährung zu unterscheiden, z. B. bei Menschen mit Demenz oder bei PatientInnen,

die bewusstlos sind, selbst wenn auch dabei das Ziel ist, das Sterben zuzulassen [2].

Weiters ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel, das Sterben zu beschleunigen, von allen Formen eines Hungerstreiks zu unterscheiden. Ein Hungerstreik ist z. B. die Entscheidung eines Menschen in Haft, für eine bestimmte Zeit auf Nahrung zu verzichten. Die Intention dabei ist nicht, den Tod herbeizuführen, sondern durch den Nahrungsverzicht einen politischen, religiösen oder auch sozialen Appell zu setzen [9].

Zu diskutieren ist jedoch, ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als eine Form des Suizids zu werten ist. Wird Suizid nach Studt et al. [10] definiert als Handlung, die darauf abzielt, das eigene Leben aktiv oder durch Unterlassung, z. B. durch das Absetzen lebensnotwendiger Medikamente, zu beenden, könnte auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit technisch als allmählicher Suizid klassifiziert werden. Würde die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen von terminal Kranken jedoch als Suizid gewertet, so müsste auch manche Therapiebegrenzung auf Wunsch der PatientInnen unter diesem Aspekt diskutiert werden.

Es ist jedoch das Recht jedes Patienten bzw. jeder Patientin, lebensverlängernde medizinische Maßnahmen abzulehnen. Dies resultiert aus der Bedeutsamkeit des Patientenwillens. Der FVNF kann damit auch als grundsätzliche Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin gegen lebensverlängernde Maßnahmen, z. B. eine künstliche Ernährung interpretiert werden. Eine Missachtung des Patientenwillens bzw. eine Zuwiderhandlung müsste in diesem Fall als strafbare eigenmächtige Heilbehandlung bewertet werden [4].

Neitzke et al. [11] sowie Bickhardt und Hanke [12] betrachten ein Sterben durch FVNF als einen natürlichen Tod. Anders als bei einem Suizid, tritt der Tod nicht abrupt ein und die Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin zum FVNF ist, zumindest in den ersten Tagen, noch reversibel.

## Abgrenzung zum assistierten Suizid

Die Betreuung von PatientInnen während eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit mag in manchen Aspekten ähnlich wie ein assistierter Suizid erscheinen. Sowohl dem assistierten Suizid als auch dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit liegt ein Sterbewunsch zugrunde. In beiden Fällen ist die Intention dieselbe und sowohl beim assistierten Suizid wie auch beim FVNF ist eine überlegte Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin erforderlich. Aber es bestehen bedeutende Unterschiede zwischen einem assistierten Suizid und einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

### Bedeutsame Unterschiede zwischen FVNF und assistiertem Suizid

- Der wichtigste Unterschied liegt darin, dass die Tatherrschaft ausschließlich bei der sterbewilligen Person liegt. Betreuende und andere Personen sind nicht an der Herbeiführung des Todes beteiligt, sie leisten also keine Hilfe zum Sterben, sondern allenfalls beim Sterben [13].
- Das Sterben aufgrund eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit zieht sich über einen längeren Zeitraum hin. Es dauert zu lange, um aus einer überwältigenden, momentanen existenziellen Verzweiflung zu entspringen.
- Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit dauert länger und ist schwerer zu vollziehen als der klassische Suizid. Aufgrund des langsamen Sterbeprozesses ist der Entschluss – zumindest in den ersten Tagen – auch umkehrbar. Die PatientInnen können ihre Meinung also noch ändern.
- Der Tod tritt nicht abrupt ein, sondern es wird ein natürlicher Sterbeprozess durchlebt. Betrachtet man das Sterben als Teil des Lebens und als Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeit, so lässt das Sterben durch den FVNF solche Prozesse zu.
- Die Aufgaben der Ärzte, Ärztinnen und der Pflegenden in der Betreuung von PatientInnen während eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bestehen in der Palliation eventuell auftretender, belastender Symptome. In einer Studie von Bolt et al. [14] verstarben 38% der PatientInnen durch FVNF ohne ärztliche Betreuung.
- Anders als beim assistierten Suizid, beginnt die Betreuung und Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bereits sehr früh im Vorfeld. Häufig sind die Ärzte und Ärztinnen schon in den Entscheidungsprozess der PatientInnen einbezogen. Die Angehörigen werden mit einbezogen, mögliche leidvolle Folgen im Verlauf des FVNF werden palliativ behandelt und Angehörige können nach Eintritt des Todes in ihrer Trauer unterstützt werden [12].
- Der FVNF kann, laut Bickhardt [12], auch immer wieder abgebrochen, hinausgeschoben, später neu begonnen oder ganz unterlassen werden. Im Widerspruch zu Bickhardt steht jedoch die Tatsache, dass es bei völligem Verzicht auf Flüssigkeit bereits nach wenigen Tagen zu einer Eintrübung des Bewusstseins kommt.
- Der FVNF kann auch als Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin gegen lebenserhaltende Maßnahmen interpretiert werden. Der dadurch zum Ausdruck gebrachte Patientenwillen kann eine Leitlinie für andere Behandlungsentscheidungen am Lebensende sein, wenngleich jede Therapiezieländerung immer auch der Zustimmung der betroffenen PatientInnen bedarf.
- Neben der medizinischen Indikation stellt die grundsätzliche Einwilligung der einsichts- und ur-

teilsfähigen PatientInnen eine zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit einer medizinischen Behandlung dar. Entscheiden sich kognitiv nicht beeinträchtigte, entscheidungskompetente PatientInnen zu einem völligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, ist dies zu respektieren.

- Die Alternative wäre eine Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gegen den Willen des Patienten bzw. der Patientin, was nicht nur ethischen Prinzipien widersprechen würde, sondern auch unter den Straftatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung nach § 110 öStGB fallen würde.

### Motive zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Äußert ein schwerkranker Mensch einen Sterbewunsch, so geht es zunächst vor allem darum, die Motive zu verstehen und zugrunde liegende Ursachen nach Möglichkeit zu beheben. Das Wissen, eine unerträglich gewordene Situation selbst beenden zu können, d. h. die Kontrolle in einer unsicher gewordenen Situation behalten zu können, wirkt sich stabilisierend auf den Umgang mit Lebenskrisen bei schwerer, lebensbedrohlicher Erkrankung aus [15]. Daher kann bereits die Option eines FVNF für eine kleine Gruppe von PatientInnen, vor allem für Menschen mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle, entlastend wirken.

Entscheiden sich PatientInnen zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel, den Sterbeprozess zu forcieren und folgen sie dieser Entscheidung konsequent, so kann von einem anhaltenden Sterbewunsch ausgegangen werden. Trotzdem ist die Intention des FVNF weniger der Wunsch zu sterben, sondern viel eher der Wunsch, das absehbar gewordene Sterben zu beschleunigen.

Zu den häufigsten Motiven für einen FVNF zählen:

- das Gefühl, nun zum Sterben bereit zu sein
- erlebte Sinnlosigkeit in Bezug auf das weitere Leben
- geringe Lebensqualität
- unzureichende Symptomkontrolle durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen
- der Wunsch, die Art und Weise des Sterbens zu kontrollieren [16].

Physische Symptome wie Schmerzen oder Übelkeit scheinen beim FVNF jedoch eine eher untergeordnete Rolle zu spielen [17]. Weitere Beweggründe, wie etwa das Gefühl für Angehörige eine Last darzustellen oder große Angst vor zu künftigem Leid, sind ebenfalls vorstellbare Motive für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [2].

### Relevanz für Palliative Care

Die Symptome im Zusammenhang mit FVNF führen zu einem deutlichen Bedarf an palliativer Betreuung,

daher ist die palliativmedizinische und pflegerische Betreuung dieser PatientInnen indiziert. Bereits im Entscheidungsprozess kann Palliative Care-Expertise unterstützend sein, auch um ein entsprechendes Symptommanagement zu ermöglichen oder zu intensivieren und den Verlauf zu überwachen [18].

Für die Palliativmedizin und Pflege kann sich daraus jedoch ein Widerspruch oder zumindest ein ethisches Spannungsfeld ergeben: Einerseits wird der FVNF von den PatientInnen unabhängig und eigenständig durchgeführt, andererseits bedürfen sie in weiterer Folge jedoch meist intensiver palliativer Unterstützung [19].

Ein weiterer Konflikt kann darin liegen, dass einer der Grundsätze von Palliative Care lautet, dass das Sterben nicht beschleunigt werden darf, was aber dem erklärten Ziel des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit entspricht.

Aus ethischer und auch aus juristischer Sicht ist es zu respektieren, wenn entscheidungskompetente Patienten und Patientinnen sich gegen lebensverlängernde Maßnahmen entscheiden und damit ihr Sterben beschleunigen.

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wird vor allem von PatientInnen in terminalen Krankheitssituationen in Erwägung gezogen, aber auch von alten und hochaltrigen Menschen, die ihr Sterben beschleunigen wollen. Während in der Literatur davon ausgegangen wird, dass der FVNF eine Option für PatientInnen am Lebensende darstellt, wird eine geringe Lebenserwartung jedoch nicht von allen AutorInnen als Voraussetzung für einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit genannt [1]. Es hat sich jedoch gezeigt, dass ein FVNF in früheren Stadien einer Erkrankung von den PatientInnen nur sehr schwer durchzuhalten ist [1].

Für PatientInnen, die sich für einen FVNF entscheiden, besteht das Risiko, keine angemessene Palliativversorgung zu erhalten. Durch die selbstständige Durchführung des FVNF wird gelegentlich keine ärztliche Unterstützung gesucht [20]. Auch kann es sein, dass der betreuende Hausarzt bzw. die betreuende Hausärztin nicht in den Prozess mit einbezogen werden möchte, vielleicht auch aus mangelndem Wissen um das Betreuungserfordernis bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [2].

Es steht jedoch außer Zweifel, dass die verschiedenen Symptome im Zusammenhang mit dem FVNF meist zu einem signifikanten Bedarf an palliativer Betreuung führen. Dies betrifft nicht nur die umfassende und intensive pflegerische Unterstützung, sondern auch die ärztliche Behandlung von auftretenden Komplikationen, wie Deliranz, Schmerz, Agitation etc.

### Voraussetzungen für die Unterstützung von PatientInnen beim FVNF

- Der Patient bzw. die Patientin befindet sich in einer weit fortgeschrittenen Situation einer termina-

len Erkrankung und er/sie beabsichtigt, das Sterben durch das Einstellen von Essen und Trinken bewusst zu beschleunigen.

- Der Patient bzw. die Patientin hat verstanden, dass der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zum Tod führt. Er/sie ist über den Verlauf und über mögliche Alternativen zum FVNF aufgeklärt.
- Die Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin ist wohl überlegt und beruht nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung.
- Der Arzt, die Ärztin muss sich zuvor im Gespräch mit dem Patienten bzw. der Patientin davon überzeugen, dass er/sie voll entscheidungsfähig und der Sterbewunsch wohl überlegt ist, sowie nicht auf sozialem Druck oder einer psychischen Erkrankung beruht und der FVNF aus Sicht des Patienten, der Patientin die letzte Möglichkeit ist, eine unerträgliche Leidenssituation zu beenden [5].
- Die Angehörigen des Patienten bzw. der Patientin sollten in die Entscheidungsfindung eingebunden und die Entscheidung im behandelnden Team kommuniziert werden. Das Verfassen einer Patientenverfügung ist zu empfehlen.
- Das Vorliegen einer Depression muss ausgeschlossen werden können. Auch muss gewährleistet sein, dass der Sterbewunsch nicht aus einer Phase temporärer existenzieller Verzweiflung oder einem passageren Demoralisationssyndrom resultiert.

Zum Ausschluss einer Depression stehen verschiedene Screening und Assessment-Instrumente zur Verfügung, wie etwa die Hospital Anxiety and Depression Scale [21], Beck Depression Inventory-II [22] oder das Two-question screening tool [23].

Dem Wunsch, durch einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das eigene Sterben zu beschleunigen, liegt jedoch meist keine Depression zugrunde. Die Entscheidung zum FVNF ist sehr oft eine bilanzierend getroffene Entscheidung, das eigene Sterben zu beschleunigen.

### Verlauf des Sterbeprozesses beim FVNF

Das Hungergefühl nimmt rasch ab und meist schon ab dem dritten oder vierten Fastentag verschwindet es fast gänzlich. Auch scheint eine zunehmende Euphorisierung aufzutreten. So berichten Heilfastende zum Beispiel regelmäßig von euphorischen Gefühlen. Die Ursache dafür liegt in der Bildung von Ketonen im Hungerstoffwechsel, die das Opioid-System im Gehirn aktivieren [24].

Der Verzicht auf Flüssigkeit fällt meist schwerer und daher reduzieren einige PatientInnen die Flüssigkeitsaufnahme nur nach und nach. Manche PatientInnen reduzieren die Trinkmenge jedoch bereits im Vorfeld, um das Durstgefühl allmählich zu verringern [25].

Das im Mundraum entstehende Durstgefühl ist im Gegensatz zum Hungergefühl oft sehr lange anhaltend, es lässt sich durch eine gute Mundpflege jedoch

meist beherrschen. In den ersten 3–4 Tagen ohne Flüssigkeitsaufnahme ist eine zumindest noch zeitweise klare Bewusstseinslage zu beobachten. Daher ist in diesen Tagen eine Umkehr durchaus möglich, indem der Patient bzw. die Patientin wieder Flüssigkeit zu sich nimmt. Anfangs ist der Prozess damit reversibel, und es kommt auch immer wieder vor, dass Sterbewillige das Trinken und Essen wieder aufnehmen. Dies kann aufgrund von Hunger und reduziertem Wohlbefinden, Druck der Familie oder auch, weil bestimmte Belastungsfaktoren vermindert wurden, geschehen [13].

Nach etwa sieben Tagen produzieren die Nieren keinen Urin mehr, die Harnstoffe und andere Abbauprodukte des Körpers können nicht mehr ausgeglichen werden. Die PatientInnen werden zunehmend schwächer und die meiste Zeit über sind sie sehr schläfrig. In diesem, meist nicht als unangenehm empfundenen Zustand ergeben sich immer wieder klare Momente, in denen die PatientInnen mit ihrer Umgebung kommunizieren können. Gelegentlich können jedoch auch delirante Phasen, Unruhe oder Agitation auftreten.

Bisher gibt es keine verlässlichen Studien darüber, von welchen Faktoren die Sterbeverläufe abhängen und welche Rolle zum Beispiel das Alter, die Vorerkrankung oder der Allgemeinzustand spielen [25].

Die Praxis zeigt, dass je nach Allgemeinzustand und allenfalls eintretenden Nebenwirkungen, der Tod nach ein bis zwei Wochen eintritt. Werden jedoch auch nur geringe Mengen Flüssigkeiten aufgenommen, so kann dies den Sterbeprozess erheblich verlängern [20].

Auch die Untersuchungen von Schwarz [26] und Simon [27] belegen, dass der Tod durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit innerhalb von 1–3 Wochen eintritt, abhängig davon, wie radikal auf Nahrung und Flüssigkeit verzichtet wird.

Die sanfteste Form des FVNF, wie Bickhardt [12] schreibt, ist die primäre Einstellung der Nahrungszufuhr bei Fortsetzung der Flüssigkeitszufuhr, allerdings ohne das Hungergefühl auslösende kohlenhydrathaltige Getränke. Wenn nach 4–7 Tagen auch das Trinken eingestellt wird, kommt es nach Ablauf einer weiteren Woche zum tödlichen Nierenversagen, meist begleitet von Eintrübung und Bewusstseinsverlust.

Tritt der Tod in weniger als 7 Tagen nach Beginn des FVNF ein, kann davon ausgegangen werden, dass vermutlich die zugrunde liegende Erkrankung die Todesursache ist und weniger der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [28].

Der Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit hat ähnliche Auswirkungen auf den Organismus wie die terminale Dehydratation beim physiologischen Sterbeprozess. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung körpereigener Endorphine, die zu einer gewissen Euphorisierung und zu einer Reduktion der Schmerzen führt [29].

Jedoch muss klärend festgehalten werden, dass das „Sterbefasten“, wie es Walther [30] nennt, kein leichter

Weg aus dem Leben und nur in fortgeschrittenem Alter zu empfehlen ist, da in jüngeren Jahren das Durstempfinden schwer zu bewältigen ist.

So können jüngere und vor allem weitgehend gesunde Menschen einen derartigen Flüssigkeitsverzicht kaum aushalten. Daher kann auch davon ausgegangen werden, dass der FVNF in frühen Stadien einer terminalen Erkrankung kaum zu bewältigen ist.

Aus der Sicht der Betroffenen kann es auch ein Nachteil sein, dass der Tod nicht unmittelbar eintritt, sondern erst nach einer längeren Frist. Dieser Umstand kann von allen Beteiligten, insbesondere vom Patienten selbst, als sehr belastend erlebt werden und er verlangt ein erhebliches Durchhaltevermögen [5].

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit verlangt nicht nur von den PatientInnen Kraft und Mut, sondern auch von deren Angehörigen. Auch sie sind durch diesen Prozess erheblichen Belastungen ausgesetzt.

## Rechtliche Aspekte

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid oder als ein natürlicher, wenn auch beabsichtigter Tod zu betrachten ist, wird unterschiedlich gesehen. Strafrechtlich handelt es sich nach der Rechtsprechung um keinen Suizid, weil dafür Voraussetzung ist, dass jemand aktiv „Hand an sich legt“. Fehlt es daran, weil man keine Tätigkeit setzt, um einen aus dem Unterlassen resultierenden eigenen Tod zu verhindern, liegt kein Suizid vor (OGH 11 Os 82/98 vom 27.10.1998).

Einigkeit besteht jedoch dahin gehend, dass man niemandem beim FVNF Unterstützung anbieten darf, wenn Zweifel an dessen freiverantwortlicher Entscheidungsfähigkeit bestehen [30]. Das Ausnützen der Unfreiwilligkeit macht aus der Tötung letztlich eine Fremdtötung. Hat sich der Arzt jedoch von der autonomen Entscheidung eines Patienten überzeugt, darf er den Patienten nicht am FVNF hindern, wie Ivanovic [2] schreibt. Eine explizite Entbindung von der Garantenpflicht ist nicht erforderlich, weil der freie Wille des Sterbewilligen den Arzt bzw. die Ärztin von einer Hilfspflicht entbindet.

Wenn der Patient bzw. die Patientin jegliche Nahrung und Flüssigkeit ablehnt, darf sie ihm oder ihr aber nicht vorenthalten werden, das Nahrungsangebot muss aufrecht erhalten bleiben. Ein Glas Wasser in Reichweite des Patienten bzw. der Patientin bereitgestellt, erfordert eine wiederholte Entscheidung zum FVNF. Somit liegt die gesamte Tatherrschaft bei der sterbewilligen Person.

Selbst wenn gegen Ende des FVNF das Bewusstsein eingetrübt und die Person nicht mehr kommunikationsfähig ist, gilt es, dieses Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren. Bereits 2011 hat die deutsche Bundesärztekammer festgestellt: „Entspricht es dem Patientenwillen, darf das Sterben auch durch den Ver-

zucht auf Nahrung und Flüssigkeit ermöglicht werden“ [31].

Auch der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) unterscheidet in seinen aktuellen Reflexionen zum ärztlich assistierten Suizid zwischen einer Hilfe beim Sterben und einer Hilfe zum Sterben, wobei er die ärztliche Begleitung beim FVNF zur Hilfe beim Sterben rechnet. „Die Begleitung eines Patienten beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit stellt keine Hilfe zur Selbsttötung dar, sondern gehört zu den Pflichten des Arztes im Rahmen der ärztlichen Sterbebegleitung“ [27].

Da die betreuenden/behandelnden ÄrztInnen nicht darauf abzielen, das Sterben herbeizuführen, sondern nur eventuell auftretendes Leiden lindern und für das Wohl des Patienten bzw. der Patientin sorgen, handeln sie im Einklang mit ihrer Standesethik und sie machen sich damit auch nicht strafbar.

Die Begleitung beim FVNF stellt damit keine Hilfe zur Selbsttötung dar, sondern sie ist Teil der ärztlichen Sterbebegleitung. Von juristischer Seite gibt es bisher noch keine eindeutige Regelung bezüglich der Einordnung des FVNF, jedoch kann der FVNF in strafjuristischer Hinsicht als unbedenklich gelten<sup>1</sup>.

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid einzuordnen ist, kann jedoch relevant sein im Hinblick auf die Todesbescheinigung, die Bestattung und versicherungsrechtliche Fragen. Unbestritten ist jedoch die Tatsache, dass die Betreuenden keine Sterbehilfe leisten, sondern beim Sterben begleiten [13].

Der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ist keine Tötung, sondern eine vom Patienten, von der Patientin gewünschte extreme Form des Unterlassens von lebenserhaltenden Maßnahmen [32]. In diesem Fall müsste eine Zuwiderhandlung und Missachtung des Patientenwillens durch das medizinische Personal als eigenmächtige Heilbehandlung (vgl § 110 öStGB) bewertet werden. Die ärztliche Begleitung beim FVNF wäre damit normaler Bestandteil der Palliativversorgung im Rahmen der Therapiezieländerung [4].

Bei der ärztlichen Begleitung stellt sich in der Praxis allerdings die Frage, welche Todesart auf dem Totenschein anzukreuzen ist. Betrachtet man den FVNF als eine (passive) Form des Suizids, was nicht der österreichischen Rechtslage entspricht, so müsste ein „nicht-natürlicher Tod“ angegeben werden, auch wenn dies bedeutet, dass die Polizei informiert werden muss.

Entscheidet sich der Arzt bzw. die Ärztin für einen „natürlichen Tod“, sollte bei der Todesursache auf den FVNF hingewiesen werden, etwa in der Form: Nierenversagen infolge eines freiwilligen Verzichts auf Nah-

rung und Flüssigkeit in der Absicht, den Tod früher herbeizuführen [11, 12].

## Ethische Überlegungen

Manche AutorInnen betrachten den FVNF als natürlichen Tod [11, 12]. Sie argumentieren, dass beim FVNF, anders als beim assistierten Suizid, keine Einwirkung von außen stattfindet, der Tod des Patienten bzw. der Patientin nicht abrupt eintritt und die Entscheidung der PatientInnen in den ersten Tagen reversibel ist.

Damit stellt die Begleitung beim FVNF für viele AutorInnen eine gebotene Form der Palliativversorgung im Sterbeprozess dar. Eines der Grundprinzipien palliativer Betreuung lautet jedoch, das Sterben nicht zu beschleunigen. Andererseits gilt das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung und es wäre nicht zulässig, den PatientInnen im Widerspruch zu deren ausdrücklichem Wunsch Nahrung oder Flüssigkeit zu verabreichen.

Hier kann sich ein Konflikt ergeben: einerseits wollen begleitende ÄrztInnen und Pflegepersonen die Autonomie des Patienten wahren, auf Wunsch des Patienten nach Selbstbestimmung eingehen und ihn palliativmedizinisch während des Sterbeprozesses professionell begleiten. Andererseits kann die Begleitung des Patienten vom betreffenden Arzt aber auch als Unterstützung in einem Sterbeprozess wahrgenommen werden, welcher vom Patienten bewusst vorzeitig initiiert oder beschleunigt wurde und somit dem Anspruch des Arztes, Fürsorge im Sinne einer Lebenserhaltung leisten zu wollen, widersprechen [4].

Wenn Patienten und Patientinnen einen anhaltenden Sterbewunsch äußern oder nach einem assistierten Suizid bzw. danach fragen, ob man ihnen nicht „etwas geben“ könne, dann stellt sich auch die Frage, ob sie über die Möglichkeit des FVNF informiert werden sollen. Schwarz [26] schreibt dazu: Wenn trotz aller Bemühungen unerträgliches Leiden besteht und entscheidungsfähige PatientInnen einen assistierten Suizid erbitten, sollten sie über alle legalen Alternativen informiert werden, die ein beschleunigtes Sterben erlauben. Diese Optionen schließen eine Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen und auch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ein.

Wenngleich auch Bedenken hinsichtlich dieser Informationen geäußert werden, so zeigt sich doch, dass allein das Wissen um die Möglichkeit des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit, als letzten Ausweg, entlastend für die PatientInnen wirken kann.

Letztlich gilt auch: wenn die Pflichten, einerseits Leben zu verlängern und andererseits Leiden zu mindern, miteinander in Konflikt geraten, da sie sich gegenseitig ausschließen, dann liegt die Entscheidung beim Patienten bzw. bei der Patientin. Der Entschluss des Patienten bzw. der Patientin, sterben zu wollen, muss wohl erwogen und dauerhaft sein. Das lässt sich auch dadurch beweisen, dass stets ein Glas Wasser in

<sup>1</sup> Zur rechtlichen Grauzone bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende siehe die Falldokumentation von Birklbauer, A., Haumer, R., 2017, Entscheidungen zur Komforttherapie bei infauster Prognose. Ein Grenzgang zwischen zulässiger Behandlung und strafbarer Sterbehilfe, Recht der Medizin S. 17–22.

Reichweite des Patienten bzw. der Patientin zur Verfügung steht und er/sie dennoch nicht trinkt.

### Problematik der Sedierung

Eine weitere ethische Problematik stellt der Wunsch mancher PatientInnen dar, in der Zeit während des freiwilligen Verzichtes auf Nahrung und Flüssigkeit kontinuierlich tief sediert zu werden. Eine kontinuierliche, tiefe Sedierung würde es den PatientInnen aber unmöglich machen, einen möglicherweise auftretenden Wunsch nach Beendigung des FVNF zu kommunizieren. Ihr Recht auf Selbstbestimmung wäre damit nicht mehr gewahrt.

Eine tiefe Sedierung, sei sie nun kontinuierlich oder auch intermittierend, stellt im Kontext eines FVNF grundsätzlich eine ethische Problematik dar. Zunächst ist die Frage nach der medizinischen Indikation zu stellen [33]. Zu den Indikationen palliativer Sedierung siehe Weixler et al. 2017<sup>2</sup>, Leitlinien zur Palliativen Sedierungstherapie.

Es ist zweifelhaft, ob eine Indikation zur Sedierung vorliegt, wenn PatientInnen, die sich für einen FVNF entscheiden, wünschen, sediert zu werden, um ihren Sterbeprozess nicht bewusst erleben zu müssen.

Eine weitere Unsicherheit ergibt sich hinsichtlich der Leidenslinderung durch eine Sedierung. Wie Carvalho feststellt, sind diesbezügliche Zweifel angebracht: „*Functional neuroimaging of the human brain in pharmacological and pathological states of coma heightens concerns that sedatives will not always abolish inner awareness of suffering*“ [34].

Auch von anderen Autoren werden aufgrund fehlender Evidenz ähnliche Bedenken bezüglich einer Sedierung beim FVNF angeführt. Rady und Verheijde [35] setzen den Einsatz von Sedativa beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit sogar mit Euthanasie gleich: „*The use of sedatives with VRF is commensurate with euthanasia.*“

Aktuell kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass auch tief sedierte PatientInnen umfassenden Leiderfahrungen ausgesetzt sind [36], zugleich sind sie jedoch nicht in der Lage, sich mitzuteilen. Weiters kann kein entsprechendes Schmerz- und Symptomassessments zur Erfassung möglicher behandlungsbedürftiger Symptome durchgeführt werden. Daher muss das Vorliegen einer Indikation zu einer kontinuierlichen, tiefen Sedierung sorgfältig geprüft und kritisch überdacht werden. Allein der Wunsch der PatientInnen, den durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit forcierten Sterbeprozess nicht bewusst zu erleben, stellt keine Indikation zu einer kontinuierlichen, tiefen Sedierung dar.

<sup>2</sup> Weixler D, Roeder-Schur S, Likar R, et al. (2017) Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie, Ergebnisse eines Delphi-Prozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Wien. Med. Wochenschr. 167:42. 31–48.

### Fazit

Der FVNF ist eine konkrete und legale Möglichkeit für Patienten und Patientinnen in terminalen Situationen ihren Sterbeprozess zu beschleunigen. Die Entscheidung für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wird vom sterbewilligen Menschen getroffen und dieser hat auch die Tatherrschaft inne. Die Fachpersonen respektieren dessen Autonomie und unterstützen mit Information, Beratung und palliativer Betreuung [13].

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unterscheidet sich von allen anderen Formen des Therapieverzichts. Er unterscheidet sich aber auch in aller Deutlichkeit vom assistierten Suizid. Das Nicht-Zulassen des FVNF liefe auf die Legitimierung einer Zwangsbehandlung bei einer selbstbestimmungsfähigen Person hinaus [37]. Die Begleitung beim FVNF ist daher keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern Teil der ärztlichen und pflegerischen Sterbegleitung. Wie bei jedem Sterbeprozess ist die Einbeziehung und Unterstützung der An- und Zugehörigen des Sterbenden wichtig.

Das Wissen um die Möglichkeit eines zukünftigen FVNF könnte eine Entlastung für jene Menschen bedeuten, die ein hohes Bedürfnis nach Kontrolle haben. Empfehlungen zum Umgang mit freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wären hilfreich.

**Interessenkonflikt** A. Feichtner, D. Weixler und A. Birkbauer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- Walther Ch. (2015), Sterbefasten-Chancen und Grenzen, palliative CH, 3/2015, S. 18.
- Ivanović N, Büche D, Fringer A. Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life—a “systematic search and review” giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliat Care. 2014;13:1.
- Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End of Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med. 2000;132(5):408–14.
- Hoekstra N, Strack M, Simon A. Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Z Palliativmed. 2015;16:68–73.
- Simon A, Hoekstra N. Sterbegleitung: Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? Dtsch Med Wochenschr. 2015;140:1100–2.
- Borasio GD. Über das Sterben: was wir wissen, was wir tun können, wie wir uns darauf einstellen. 3. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 2014.
- Pope TM, Anderson LE. Voluntarily stopping of eating and drinking: a legal treatment option at the end of life. Widener Law Rev. 2011;17(2):363–427.
- Chabot BE, Goedhart A. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. Soc Sci Med. 2009;68:1745–51.

9. Arda B. How should physicians approach a hunger strike? *Bull Med Ethics*. 2002;181:13–8.
10. Studt H, Petzold E. *Psychotherapeutische Medizin: Psychoanalyse. Psychosomatik. Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Berlin: de Gruyter; 1999.
11. Neitzke G, Coors M, Diemer W, Holtappels P, Spittler JF, Wördehoff D. Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidhilfe Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). *Ethik Med*. 2013;25:349–65.
12. Bickhardt J, Hanke RM. freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine ganz eigene Handlungsweise. *Dtsch Arztebl*. 2014;111:590–2.
13. Klein Remane U, Fringer A. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review. *Pflege*. 2013;26:411–20.
14. Bolt EE, Hagens M, Willems D, Onwuteaka-Philipsen BD. Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. *Ann Fam Med*. 2015;13:421–8.
15. Klie T, Student JC. Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg: Herder; 2007.
16. Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA. Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *N Engl J Med*. 2003;349:359–65.
17. Montforte-Royo C, Villavivencio C. The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psychooncology*. 2011;20(8):795–804. <https://doi.org/10.1002/pon.1839>.
18. Bernat JL, Mogielnicki RP. Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. *Arch Intern Med*. 1993;157(24):2723–8.
19. Quill TE. Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED), Physician-Assisted Death (PAD), or neither in the last stage of life? Both should be available as a last resort. *Ann Fam Med*. 2015;13:408–9.
20. Dutch Medical Association R, Nurses' Association D. Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. 2014.
21. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361–70.
22. Beck AT, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation. 1996.
23. Payne A, Barry S, Creedon B, Stone C, Sweeney C, O'Brien T, et al. Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. *Palliat Med*. 2007;21:193–8.
24. Terman SA. Interview mit Les Morgan am 15.02.2008. 2008. <https://www.patientenverfuegung.de/pv/PDF%20Dateien/Terman-Interview5.pdf>. Zugegriffen: 25. Mai 2017.
25. Klein-Remane U. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH, 2015;3:9.
26. Schwarz JK. Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16:126–31.
27. Simon A, Hoekstra N. Sterbebegleitung: Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? *Dtsch Med Wochenschr*. 2015;140:1100–2.
28. Chabot B, Goedhart A. A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Soc Sci*. 2009;68(10):1745–51.
29. Haller A. Termination by dehydration, die ärztliche Betreuung beim Sterbefasten. *Schweiz. Z. Für Ernährungsmedizin*. 2014;12/1.
30. Walther C. Sterbefasten – Chancen und Grenzen. *Palliat. CH*. 2015;3:18.
31. Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl*. 2011;108(7):346–8.
32. Baumann-Hölzle R. Hilfe beim Sterben – nicht Hilfe zum Sterben! *Dialog Ethik. Positionspapier zum Thema Sterbehilfe*. 2005.
33. Weixler D, Roeder-Schur S, Likar R, Bozzaro C, Daniczek T, Feichtner A, et al. Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie, Ergebnisse eines Delphi-Prozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). *Wien Med Wochenschr*. 2017;167(42):31–48.
34. Carvalho TB, Rady MY, Verheijde JL. Continuous deep sedation in end-of-life care: disentangling palliation from physician-assisted death. *Am J Bioeth*. 2011;11:60–2.
35. Rady MY, Verheijde JL. Distress from voluntary refusal of food and fluids to hasten death: what is the role of continuous deep sedation? *J Med Ethics*. 2012;38:510–2.
36. Noirhomme Q, Soddu A, Lehembre R, Vanhauwenhuyse A, Boveroux B, Boly M, et al. Brain connectivity in pathological and pharmacological coma. *Front Syst Neurosci*. 2010;4:160.
37. Birnbacher D. Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? *Ethik Med*. 2015;27:315–24.