

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

Die Angst vor einem verlängerten, leidvollen Sterbeprozess kann dazu führen, dass 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 beschleunigen, andererseits ist das Recht der PatientInnen auf Selbstbestimmung zu respektieren.

Abkürzungen und Synonyme

FVNF - Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

VSED - Voluntary stopping of eating and drinking

VRFF - Voluntary refusal of food and fluid¹

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.

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, auf Essen und Trinken zu verzichten, um den Tod frühzeitig aufgrund unerträglichen anhaltenden Leidens herbeizuführen.²

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann damit nur für entscheidungskompetente 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 herbeizuführen⁴. Die

¹ Walther Ch. 2015, S. 18

² Ivanović, N. et al 2014

³ Quill TE et al 2000, S. 408

⁴ Ivanović, N., et al 2014

PatientInnen dabei zu begleiten ist anspruchsvoll, für ÄrztInnen, für Pflegende und auch für Angehörige.⁵

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 ist 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 es gibt aktuell auch noch keine medizinischen oder medizin-ethischen Leitlinien wie mit dem Wunsch eines Patienten/einer Patientin nach Begleitung beim FVNF umgegangen werden kann.⁶

Die Praxis zeigt, daß der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bei alten und hochaltrigen Menschen zunehmend häufiger zu beobachten ist.⁷ 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 im Bereich von Palliative Care zunehmend als eine (palliative) Option „of last resort“ diskutiert und der FVNF gilt inzwischen als eine legal akzeptable Option.⁸

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 dem Zeitraum mehr als fünf PatientInnen begleitet zu haben, was durchschnittlich einem Patienten, bzw. einer Patientin mit FVNF pro Jahr entspricht.⁹

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.¹⁰

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

Abgrenzungen

⁵ Simon A., Hoekstra NL. 2015

⁶ Hoekstra NL; Strack M., Simon A. 2015

⁷ Borasio GD, 2011, S. 111

⁸ Pope TM, Anderson LE , 2011

⁹ Hoekstra NL et al 2015

¹⁰ Chabot BE, Goedhardt A., 2009

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, der Patientin, 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.¹¹

Weiters ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, mit dem Ziel, das Sterben zu beschleunigen auch von allen Formen eines Hungerstreiks zu unterscheiden. Ein Hungerstreik stellt die Entscheidung, z.B. eines Menschen in Haft dar, 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 setzen¹².

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 (1999)¹³ 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 geltendes Recht jedes Patienten, jeder Patientin, lebensverlängernde medizinische Maßnahmen abzulehnen. Der FVNF kann damit auch als grundsätzliche Entscheidung des Patienten, der Patientin gegen lebensverlängernde Maßnahmen, z.B. eine künstliche Ernährung interpretiert werden. Eine Missachtung des Patientenwillens, bzw. eine Zuwiderhandlung müsste in diesem Fall als Körperverletzung bewertet werden¹⁴

Neitzke et al¹⁵ (2013) sowie Bickhardt und Hanke¹⁶ (2014) betrachten ein Sterben durch FVNF als einen natürlichen Tod. Anders als bei einem Suizid, tritt der Tod nicht abrupt

¹¹ Ivanovic N., et al, 2014

¹² Arda B. 2002, S. 13

¹³ Studt H. 1999, S. 122

¹⁴ Hoekstra et al 2015, S.68-73

¹⁵ Neitzke G. et al 2013, S.349-365

¹⁶ Bickhardt J, Hanke RA. 2014, S. 590-592

ein und die Entscheidung des Patienten, der Patientin, 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, der Patientin erforderlich. Aber es bestehen eindeutige 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. Somit sind die Betreuenden nicht an der Herbeiführung des Todes beteiligt, sie leisten also keine Hilfe zum Sterben, sondern beim Sterben¹⁷
- Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit dauert länger und ist schwerer zu vollziehen und aufgrund des langsamen Sterbeprozesses ist der Entschluss – zumindest in den ersten Tagen - 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 Rolle der Ärzte und Ärztinnen beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit sind eher indirekt. Ihre Aufgabe besteht vor allem in der Palliation eventuell auftretender, belastender Symptome. In einer Studie von Bolt et al¹⁸ (2015) 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 auch bereits 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.¹⁹

¹⁷ Klein-Remane U., 2015, S. 9

¹⁸ Bolt EE, et al, 2015, S. 421-428

¹⁹ Bickhardt, J., Hanke R. M., 2014, S 591

- Der FVNF kann, laut Bickhardt (2014) auch immer wieder abgebrochen, hinausgeschoben, später neu begonnen oder ganz unterlassen werden.²⁰ 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 freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit könnte nach Quill et al (2000) auch eine Alternative zu assistierten Suizid und freiwilliger aktiver Euthanasie darstellen²¹
- Der FVNF kann auch als Entscheidung des Patienten, der Patienten gegen lebenserhaltende Maßnahmen interpretiert werden.
- 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.

Im Widerspruch zu einzelnen Autoren, wie Rady et al²² (2012) ist der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nicht in die Nähe des assistierten Suizids zu stellen. Diese beiden Formen eines beschleunigten Sterbens sind klar zu unterscheiden: Beim FVNF liegt nicht nur die Entscheidung, sondern auch die gesamte Tatherrschaft beim Patienten, bei der Patientin. Die Entscheidung nicht mehr zu essen und nicht mehr zu trinken muss wiederholt getroffen werden und sie kann, zumindest in den ersten Tagen, revidiert werden. Der FVNF entspricht daher auch juristisch viel eher einem Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.

Neben der medizinischen Indikation stellt die grundsätzliche Einwilligung der einsichts- und urteilsfähigen 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, der Patientin was nicht nur ethischen Prinzipien widersprechen würde, sondern auch den Straftatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung, entsprechend dem § 110 öStGB, bzw. der Körperverletzung darstellt.

²⁰ Bickhardt, J., Hanke R. M., 2014 S. 591

²¹ Quill TE et al, 2000, S 405.

²² Rady MY et al 2011

²² Schwarz, J. 2007, S. 1288-1297

²² Ivanovic N. et al 2014; S. 13

²² Ganzini L. et al. 2003, S.360

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 in schwerer, lebensbedrohlicher Erkrankung aus²³ (Klie, Student 2007). Daher kann sich bereits die Option eines FVNF für eine kleine Gruppe von PatientInnen, vor allem für Menschen mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle, entlastend auswirken.

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.²⁴

Physische Symptome wie Schmerzen oder Übelkeit scheinen beim FVNF eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.²⁵ 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.²⁶

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-

²³ Klie, T., Student, J.Ch. 2007, S. 105.

¹² Ganzini L. et al 2003, S. 359-365

²⁵ Montforte-Royo C. et al 2011, S. 795-804

²⁶ Ivanovic N. et al 2014

Expertise unterstützend sein und auch, um ein entsprechendes Symptommanagement zu ermöglichen oder zu intensivieren und den Verlauf zu überwachen.²⁷

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 jedoch meist intensiver palliative Unterstützung²⁸

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

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.²⁹ Es hat sich jedoch gezeigt, dass ein FVNF in früheren Stadien einer Erkrankung von den PatientInnen nur sehr schwer durchzuhalten ist.³⁰

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 gesucht³¹, auch kann es sein, dass der betreuende Hausarzt, die betreuende Hausärztin nicht in den Prozess mit einbezogen werden möchte, vielleicht auch aus mangelndem Wissen um die Betreuungserfordernis bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.³²

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

²⁷ Bernat JL. et al 1993

²⁸ Quill TE et al, 2000, S 406

²⁹ Chabot B., Walther C. 2015

³⁰ Walther Ch. 2015, S. 18

³¹ Royal Dutch Medical Association and Dutch Nurses' Association 2014, S. 27

³² Ivanovic N et al 2014, S. 13

- Der Patient, die Patientin befindet sich einer weit fortgeschrittenen Situation einer terminalen Erkrankung und er/sie beabsichtigt das Sterben durch das Einstellen von Essen und Trinken bewusst zu beschleunigen.
- Der Arzt muss sich zuvor im Gespräch mit dem Patienten davon überzeugen, dass der Sterbewunsch wohl überlegt ist und nicht auf sozialem Druck oder einer psychischen Erkrankung beruht und der FVNF aus Sicht des Patienten die letzte Möglichkeit ist, eine unerträgliche Leidenssituation zu beenden.³³
- Der Patient, 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, der Patientin ist wohl überlegt und beruht nicht auf einer voraussichtlich nur vorübergehenden Stimmung.³⁴
- Die Angehörigen des Patienten sollten in die Entscheidungsfindung eingebunden und die Entscheidung im behandelnden Team kommuniziert werden.³⁵
- 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 (HADS)³⁶, Beck Depression Inventory-II³⁷ (BDI-II), oder das Two-question screening tool.³⁸ 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 häufiger eine bilanzierend getroffene Entscheidung, das eigene Sterben zu beschleunigen.

Verlauf des Sterbeprozesses beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Das Hungergefühl nimmt rasch ab und meist schon ab dem dritten oder vierten Fastentag verschwindet es fast gänzlich. Auch scheint eine zunehmende Euphorisierung

³³ Simon A., Hoekstra NL, 2015, S. 68-73

³⁴ Simon. A. Hoekstra NL, 2015, S. 68-73

³⁵ Simon A., Hoekstra NL 2015, S. 68-73

³⁶ Zigmond AS et al 1983, S.361

³⁷ Beck AT, et al 1996.

³⁸ Payne A, et al, 2007, S. 193–198

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 aktivieren³⁹

Der Verzicht auf Flüssigkeit fällt meist schwerer und daher reduzieren manche PatientInnen die Flüssigkeitsaufnahme nur nach und nach. Manche PatientInnen reduzieren die Trinkmenge jedoch bereits im Vorfeld um das Durstgefühl allmählich zu verringern⁴⁰

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, die Patientin wieder Flüssigkeit zu sich nimmt. In den ersten Tagen ist der Prozess damit reversibel und es kommt auch immer wieder vor, dass Sterbewillige das Trinken und Essen wieder aufnehmen. Dies kann auf Druck aufgrund von Hunger und reduziertem Wohlbefinden, Druck der Familie oder weil bestimmte Belastungsfaktoren vermindert wurden, geschehen.⁴¹

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.⁴²

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, verlängert das den Sterbeprozess beträchtlich. Schon durch eine Flüssigkeitszufuhr von ca. 40 ml pro Tag, etwa durch das Lutschen von Eiswürfeln, kann sich dieser Prozess über drei Wochen hinziehen.

³⁹ Terman, S.A. 2008

⁴⁰ Klein-Remane U., 2015

⁴¹ Klein-Remane U., 2015

⁴¹ Klein-Remane U., 2015

Auch die Untersuchungen von Schwarz⁴³ (2007) und Simon⁴⁴ (2015) 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 (2014) 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, mitunter begleitet von Eintrübung und Bewusstseinsverlust.⁴⁵

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 und weniger der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit⁴⁶

Der Prozess des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit hat ähnliche Auswirkungen auf den Organismus wie die terminale Dehydratation wie beim physiologischen Sterbeprozess. Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung körpereigener Endorphine, die zu einer gewissen Euphorisierung und zu einer Reduktion der Schmerzen führt⁴⁷.

Jedoch muss klar festgestellt werden, dass das „Sterbefasten“, wie es Walther (2015) 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.⁴⁸ 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.⁴⁹

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

Rechtliche Aspekte

⁴³Schwarz J., 2015

⁴⁴ Simon A., Hoekstra NL, 2015

⁴⁵ Bickhardt, J., Hanke R. M. 2014

⁴⁶ Chabot B.E., Goedhart A. 1982, S. 1745-1751

⁴⁷ Haller A. 2014 S. 23

⁴⁸ Walther Ch. 2015, S. 18

⁴⁹ Simon A., Hoekstra NL 2015

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid oder als ein natürlicher wenn auch beabsichtigter Tod zu betrachten ist, wird unterschiedlich gesehen. Juristisch kann FVNF als Suizid bewertet werden, woraus sich gewisse Erfordernisse ergeben, vor allem dass man jemanden beim FVNF keine Unterstützung anbieten darf, wenn Zweifel an dessen freiverantwortlicher Entscheidungsfähigkeit bestehen.⁵⁰

Hat sich der Arzt jedoch von der autonomen Entscheidung eines Patienten überzeugt darf er den Patienten nicht am FVNF hindern, wie Ivanovic schreibt. Eine explizite Entbindung von der Garantenpflicht ist nicht erforderlich⁵¹

Wenn der Patient, 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, der Patientin bereitgestellt, erfordert eine wiederholte Entscheidung zum FVNF. Somit liegt die gesamte Tatherrschaft bei der sterbewilligen Person.

Auch 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 Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ermöglicht werden“⁵²

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 dazurechnet. „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.“⁵³

Da die betreuenden/behandelnden ÄrztInnen nicht darauf abzielen, das Sterben herbeizuführen sondern nur eventuell auftretendes Leiden lindern und für das Wohl des Patienten, 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. 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.⁵⁴

⁵⁰ Walther Ch. 2015, S. 18

⁵¹ Ivanovic N. et al 2014

⁵² Bundesärztekammer 2011 S. A 346 -A 348.

⁵³ Simon A. 2015

⁵⁴ Klein-Remane U. 2015

Der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht ist keine Tötung, sondern eine vom Patienten gewünschte extreme Form des Unterlassens von lebenserhaltenden Maßnahmen⁵⁵. In diesem Fall müsste eine Zuwiderhandlung und Missachtung des Patientenwillens durch das medizinische Personal als eigenmächtige Heilbehandlung oder als Körperverletzung bewertet werden. Die ärztliche Begleitung beim FVNF wäre damit normaler Bestandteil der Palliativversorgung im Rahmen der Therapiezieländerung.⁵⁶

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 so muss ein „nicht-natürlicher Tod-“ angegeben werden, auch wenn dies bedeutet, dass die Polizei informiert werden muss. Entscheidet sich der Arzt für einen „natürlichen Tod“ sollte bei der Todesursache auf den FVNF hingewiesen werden zum Beispiel: Nierenversagen infolge eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit in der Absicht den Tod früher herbeizuführen“⁵⁷

Ethische Überlegungen

Manche AutorInnen betrachten den FVNF als natürlichen Tod⁵⁸, sie argumentieren, daß beim FVNF, anders als beim assistierten Suizid, keine Einwirkung von außen stattfindet, der Tod des Patienten, 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 normale 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.⁵⁹

Wenn Patienten und Patientinnen einen anhaltenden Sterbewunsch äußern, oder nach einem assistierten Suizid fragen, oder danach fragen ob man ihnen nicht „etwas geben könne“ dann stellt sich die auch Frage ob sie über die Möglichkeit des FVNF informiert werden sollen. Schwarz (2014) schreibt dazu: Wenn trotz aller Bemühungen

⁵⁵ Baumann-Hölzle R. et al 2005

⁵⁶ Hoekstra NL, et al 2015, S. 68-73,

⁵⁷ Chabot B., Walther C. 2015, S. 119

⁵⁸ Bickhardt, J., Hanke R. M. 2014, S. 590-592; Neitzke G. et al 2013, S. 349-365

⁵⁹ Hoekstra NL, Strack M., Simon A., 2015

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.⁶⁰

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, bei der Patientin. Der Entschluss des Patienten, der Patientin sterben zu wollen muss wohl erwogen und dauerhaft sein. Das lässt sich auch dadurch beweisen dass stets ein Glas Wasser in Reichweite des Patienten, 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 stellen⁶¹. 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 (2011) 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“⁶²

Auch von anderen Autoren werden aufgrund fehlender Evidenz ähnliche Bedenken bezüglich einer Sedierung beim FVNF angeführt. Rady und Verheijde (2012) 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“⁶³*

⁶⁰ Schwarz J., 2014, S. 126

⁶¹ Weixler D., et al, 2017

⁶² Carvalho TB, et al. 2011.

⁶³ Rady M., Verheijde J.L., 2012; S. 510-512

Aktuell kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass auch tief sedierte PatientInnen umfassenden Leiderfahrungen ausgesetzt sind⁶⁴, zugleich sind sie jedoch nicht in der Lage, sich mitzuteilen. Weiters kann kein entsprechendes Schmerz- und Symptomassessment 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.

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 Betreuung⁶⁵

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 hinaus⁶⁶

Die Begleitung beim FVNF ist keine Hilfe zur Selbsttötung sondern Teil der ärztlichen und pflegerischen Sterbebegleitung. 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.

AG Ethik der OPG, Feichtner A., Polt G., Weixler D.

Literaturliste:

1. Walther Ch. (2015), Sterbefasten-Chancen und Grenzen, palliative CH, 3/2015, S. 18

⁶⁴ Noirhomme et al 2010, S.1

⁶⁵ Klein-Remane U. und Fringer, A. 2013, S. 411-420

⁶⁶ Birnbacher D. 2015 S. 315

2. Ivanović N., Büche D., Fringer A., (2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a systematic search and review giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliative Care 13:1
3. Quill TE, Byock IR (2000), Responding to intractable terminal suffering : the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End of Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med, 132(5):408-414
4. Ivanović N., Büche D., Fringer A., (2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a systematic search and review giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliative Care 13:1
5. Simon. A. Hoekstra NL (2015); Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, Deutsche medizinische Wochenschrift 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
6. Hoekstra NL, Strack M., Simon A. (2015) Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte Ergebnisse einer empirischen Umfrage (N= 255) Palliativmedizin 2015; 16:68-73
7. Borasio GD, (2011), Über das Sterben“, CH. Beck Verlag, München; S.111,
8. Pope TM, Anderson LE., (2011) Voluntarily stopping of eating and drinking: a legal treatment option at the end of life. Widender Law Rev. 2011:17(2): 363-427
9. Hoekstra NL, Strack M., Simon A. (2015) Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte Ergebnisse einer empirischen Umfrage, Palliativmedizin 2015; 16:68-73
10. ChabotB., Goedhart A. (2009) A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. Social science&medicine; 68(10) 1745-1751
11. Ivanović N., Büche D., Fringer A., (2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a systematic search and review giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliative Care 13:1
12. Arda B. (2002) How should physicians approach a hunger strike? Bull. Med. Ethics 181 (2002) 13–18.
13. Studt H., Petzold E. (1999) Psychotherapeutische Medizin: Psychoanalyse. Psychosomatik. Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. de Gruyter 1999, S. 122
14. Hoekstra NL, Strack M., Simon A. (2015) Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte Ergebnisse einer empirischen Umfrage; Palliativmedizin 2015; 16:68-73

15. Neitzke G, Coors M, Diemer W. et al. (2013) Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). *Ethik in der Medizin* 2013; 25: 349-365
16. Bickhardt J, Hanke RA. (2014) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: A-590-592
17. Klein-Remane U., (2015) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH,3,S.9
18. Bolt EE, Hagens M., Willems D., Onwuteaka-Philipsen B.,(2015) Primary Care Patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking, *Ann Fam Med.* 2015; 13 (5) 421-428
19. Bickhardt, J., Hanke R. M. (2014) freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit-eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt* 2015/ 111, S. 590-592
20. Bickhardt, J., Hanke R. M. (2014) freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit-eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt* 2015/ 111, S. 590-592
21. Quill TE, Byock IR. (2000), Responding to intractable terminal suffering : the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End of Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*, 132(5):405
22. Rady MY, Verheijde JL, Potts M. (2011) Quality palliative care or physician-assisted death: a comment on the French perspective of end-of-life care in neurological disorders. *J Clin Res Bioeth* 2011;2:102
23. Klie, T., Student, J.Ch. (2007): *Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe.* Freiburg: Herder. S. 105
24. Ganzini L. , Goy E., Miller L., Harvath T., Jackson A., Delort M., (2003) Nurses' experience with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. *The New England journal of medicine*, 349(4), 359-365
25. Montforte-Royo C., Villavivencio-Chavez C., Tomas-Sabado J. und Balaguer A. (2011) The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-Oncology*, 20(8), 795-804
26. Ivanović N., Büche D., Fringer A.,(2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a „systematic search and review“ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliative Care* 2014; 13:1
27. Bernat JL., Gert B., Mogielnicki R.P. (1993) Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or voluntary active euthanasia. *Archives of internal medicine* 1993; 153:2723-2728

28. Quill TE, Byock IR, (2000) Responding to intractable terminal suffering : the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End of Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 2000, 132(5): S. 406
29. Chabot B., Walther Ch.(2015) Ausweg am Lebensende – Sterbefasten-Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken; 4. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München
30. Walther Ch., Sterbefasten-Chancen und Grenzen, palliative CH, 3-2015, S. 18
31. Royal Dutch Medical Association and Dutch Nurses' Association (2014) Guide- Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life, S. 27
32. Ivanović N., Büche D., Fringer A.,(2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a „systematic search and review“ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliative Care 2014; S. 13
33. Simon. A. Hoekstra NL, (2015) Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, Deutsche medizinische Wochenschrift 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
34. Simon. A. Hoekstra NL, (2015) Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, Deutsche medizinische Wochenschrift 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
35. Simon. A. Hoekstra NL, (2015) Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, Deutsche medizinische Wochenschrift 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
36. Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatry Scand 1983; 67: 361-70
37. Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-II . Psychological Corporation, 1996.
38. Payne A, Barry S., Creedon B., Stone C., Sweeney C., O' Brien T., O' Sullivan K., (2007) Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit Palliative Medicine 2007; 21: 193–198
39. Terman, S.A. (2008) Interview mit Les Morgan am 15.02.2008, Online: <https://www.patientenverfuegung.de/pv/PDF%20Dateien/Terman-Interview5.pdf>
40. Klein-Remane U. freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH,-3-2015
41. Klein-Remane U. freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH,-3-2015
42. Klein-Remane U. freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH,-3-2015

43. Schwarz J. (2007) Exploring the Option of Voluntary Stopping Eating and Drinking within the context of a suffering Patient's request for a hastened death. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (6), 1288-1297
44. Simon A., Hoekstra NL (2015) Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
45. Bickhardt R, Hanke RM (2014) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz andere Handlungsweise. *Dtsch Ärztebl* 111:A590–592
46. Chabot B.E., Goedhart A. (1982) A survey of self-directed dying attended by proxies in the Dutch population. *Social science&medicine* (1982) 68(10) 1745-1751
47. Haller A. (2014) Termination by Dehydration. Die ärztliche Betreuung beim Sterbefasten, *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin* 12/1 S.23
48. Walther Ch., (2015) Sterbefasten-Chancen und Grenzen, *palliative CH*, 3-2015, S. 18
49. Simon. A. Hoekstra NL, Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
50. Walther Ch., Sterbefasten-Chancen und Grenzen, *palliative CH*, 3-2015, S. 18
51. Ivanović N., Büche D., Fringer A.,(2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a „systematic search and review“ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliative Care* 2014; S. 13
52. Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (7), S. A 346 -A 348.
53. Simon. A. Hoekstra NL, Sterbebegleitung: Sterbefasten-Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?, *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2015; 140 (14): 1100-1102, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York
54. Klein-Remane U. freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, *palliative CH*,-3-2015
55. Baumann-Hölzle R. et al (2005) Positionspapier zum Thema Sterbehilfe. Hilfe beim Sterben- nicht Hilfe zum Sterben! *Dialog Ethik DIALOG ETHIK*, Zürich, 2005
56. Hoekstra NL; Strack M., Simon A. Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte Ergebnisse einer empirischen Umfrage; *Palliativmedizin* 2015; 16:68-73

57. Chabot B., Walther Ch. (2015) *Ausweg am Lebensende – Sterbefasten-Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken*; 4. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München; S. 119
58. Bickhardt R, Hanke RM (2014) *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Eine ganz andere Handlungsweise*. *Dtsch Ärztebl* 111:A590–592; und Neitzke G, Coors M, Diemer W. et al. (2013) *Empfehlungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidbeihilfe* Arbeitsgruppe „Ethik am Lebensende“ in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM). *Ethik in der Medizin* 2013; 25: 349-365
59. Hoekstra NL; Strack M., Simon A. (2015) *Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte* Ergebnisse einer empirischen Umfrage; *Palliativmedizin* 2015; 16:68-73
60. Schwarz J. (2014) *Hospice Care for Patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking* *Journal of Hospice & Palliative Nursing*; 16/3 S. 126- 131
61. Weixler D., Roider-Schur S., Likar R. Bozzaro C., Daniczek T., Feichtner A., Gabl C., Hammerl-Ferrari B., Kletecka-Pulker M., Körtner U., Kössler H., Meran J.G., Miksovsky A., Pusswald B., Wienerroither T., Watzke H., (2017) *Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie, Ergebnisse eines Delphiprozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft(OPG)*, *Wien Med Wochenschr* (2017) 167:42
62. Carvalho TB, Rady MY, Verheijde JL. (2011). *Continuous deep sedation in end-of-life care: disentangling palliation from physician-assisted death*. *Am J Bioeth* 2011;11:60-62.
63. Rady M., Verheijde J.L.,(2012) *Distress from voluntary refusal of food and fluids to hasten death: what is the role of continuous deep sedation?* *Journal Med. Ethics*, 2012; 38: 510-512
64. Noirhomme Q., Soddu A., Lehembre R., Vanhauwenhuyse A., Boveroux P., Boly M., Laureys S.(2010) *Brain connectivity in pathological and pharmacological coma*; *Frontiers in Systems Neuroscience*; 2010, Vol4, S. 1
65. Klein-Remane U. (2015) *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, palliative CH*,-3-2015
66. Birnbacher D. (2015), *Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?* *Birnbacher, D. Ethik Med* 27: 315