



Verhungern und Verdursten am Lebensende

Unter besonderer Betrachtung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Johanna Schaber¹ · Sonja Fruhwald² · Helga Dier³ · Barbara Sitter⁴ ·
Christian Bodinger⁵ · Sasa Rajsic² · Birgit Stöger Müller⁶ · Simon Mathis¹ ·
Bernd Wallner¹ · Raffaela Fantin¹ · Astrid Steinwendtner⁷ · Benjamin Hetzer⁸ ·
Barbara Friesenecker^{1,8}

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ² Klinische Abteilung für Herz-, Thorax und Gefäßanästhesie, Universitätsklinik für Anesthesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich; ³ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich; ⁴ Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinik Floridsdorf, Wien, Österreich; ⁵ Abteilung für Anesthesiologie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Korneuburg – Stockerau, Korneuburg, Österreich; ⁶ Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Bezirkskrankenhaus Schwaz, Schwaz, Österreich; ⁷ Universitätsklinik für Anesthesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Salzburger Landeskliniken (SALK), Salzburg, Österreich; ⁸ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Zusammenfassung

Verhungern und Verdursten am Lebensende wird in unterschiedlichen Kontexten sowohl in der medizinischen Community als auch von Patient:innen und deren An- und Zugehörige kontrovers diskutiert. Dieses Paper soll dazu beitragen, Awareness für ein Thema zu schaffen, für das Behandlungsteams wie auch An- und Zugehörige immer noch schlecht geschult sind und welches in der klinischen Praxis häufig unzureichend thematisiert wird. Dies führt einerseits zu einer Fehlbehandlung von Patient:innen mit einer unnötig erhöhten Symptomlast im Rahmen des Sterbeprozesses und ist andererseits auch ein Stein des Anstoßes für eine konfliktreiche Kommunikation innerhalb der behandelnden Teams und auch mit und zwischen den An- und Zugehörigen.

Schlüsselwörter

Medizinethik · Palliative Care · Sterbeprozess · Ernährungstherapie · Flüssigkeitstherapie

Teil 1: Generelles zu Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie am Lebensende

Medical Professionals gehen im klinischen Alltag mit dem Thema der *Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie am Lebensende* häufig sehr undifferenziert um. Dies führt dazu, dass vielfach Menschen bis zu ihrem letzten Atemzug mit teils nicht unerheblichen Mengen an Flüssigkeit künstlich ernährt werden (Magensonde/PEG-Sonde) und/oder eine höhervolumige intravenöse Ernährungs-/Flüssigkeitstherapie erhalten. Dies wird meist dadurch begrün-

det, dass man ja „*niemanden verhungern und verdursten lassen dürfe*“. Obwohl prinzipiell richtig, und gerade weil das Versorgen/Bekochen kranker Familienmitglieder kulturell tief in uns verwurzelt ist, muss die Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie vor allem für die terminale Phase des Lebens differenziert betrachtet werden, um das unbeabsichtigte Zufügen von vermeidbarem Leid zu verhindern. Das Einstellen von zunächst Essen und in weiterer Folge auch Trinken ist ein Teil des natürlichen Sterbeprozesses und wurde von Cicely Saunders, einer britischen Ärztin und Begründerin der modernen



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Do's and Don'ts in der Sterbephase für behandelnde Teams	
Do's	Don'ts
Therapieziel/Therapiezieländerung im ärztlichen/pflegerischen Team besprechen und Therapie gemeinsam festlegen (CTC); rechtzeitig Patient:in, An- und Zugehörige auch über Beendigung der Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie sowie Beendigung der Sauerstofftherapie aufklären (Sauerstoff lindert Atemnot NICHT → Opiate)	Unzureichende Kommunikation über das „Wie“ im Sterbeprozess; beim Sterbenden („aus Prinzip“ oder Unwissen) Sonden- und/oder parenterale Ernährungs-/Flüssigkeitstherapie ohne Indikation/Therapieziel oder Erueirung des (mutmaßlichen) Patientenwillens unreflektiert beginnen/fortsetzen; Sauerstofftherapie belassen (kein Effekt auf Atemnot, aggraviert Mundtrockenheit)
Zeitnahe, schriftliche Dokumentation von Indikation, Therapieziel und des (mutmaßlichen) Patient:innenwillens	Keine schriftliche Dokumentation der Entscheidungsfindung, keine klare Teamkommunikation oder detaillierte schriftliche Anordnung der CTC
Symptome klinisch gezielt erfassen (Scores verwenden; PERS ² ON; RASS; BPS) → Atemnot, Schmerzen, Ödeme, Übelkeit, Erbrechen, Durst/Mundtrockenheit etc. individuell und entsprechend der Symptomlast therapieren	„Übermonitoring“ in der Sterbephase, aber auch gar KEIN klinisches Monitoring
Basisversorgung sichern: Mund-, Nasenschleimhaut-, Lippenpflege, Raumluft anfeuchten, Befeuchtung der Schleimhäute (Sprays) → individuell an die Bedürfnisse/Symptome angepasst	Auf fixen Pflegeroutinen bestehen statt individuell und patient:innenzentriert entscheiden, was wohltut; nicht indizierte Volumengabe (z. B. Durst beim Sterbenden automatisch mit Volumengabe behandeln)
An- und Zugehörige fürsorglich, aber unmissverständlich informieren, dass Reduktion/Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sowie Beendigung der Sauerstofftherapie Teil der CTC im Sterbeprozesses sind	Angehörigengespräche zwischen Tür und Angel; mangelnde Fürsorge oder Klarheit im Gespräch
Angehörige für „Sterben zu Hause“ vorbereiten: Bei Überforderung oder wenn Versorgung bei hoher Symptomlast nicht mehr möglich ist → Hausärzt:in oder rechtzeitig Palliativteam organisieren/kontaktieren. Im akuten Notfall → Notärzt:in rufen (Patientenverfügung bereithalten; mutmaßlichen Willen übermitteln)	Keine Beratung der Angehörigen über das „Wie“ der Betreuung einer symptombelasteten Sterbephase zu Hause; Notrufmöglichkeit nicht ansprechen
Abkürzungen: CTC Comfort Terminal Care	

Hospizbewegung, wie folgt beschrieben: *„Ein Mensch stirbt nicht, weil er/sie nichts mehr isst oder trinkt, sondern ein Mensch isst oder trinkt nichts mehr, weil er/sie stirbt!“* Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin nennt den zunehmenden *„Verlust des Interesses an Nahrung und Flüssigkeit“* als einen Hinweis für den Beginn und auch Fortschritt des Sterbeprozesses [1]. Eine Voraussetzung für die patient:innengerechte, palliativmedizinische Versorgung am Lebensende ist demzufolge das bewusste Wahrnehmen, wann diese letzte Lebensphase einer fortgeschritten erkrankten Patient:in beginnt, um therapeutische Maßnahmen individuell anzupassen und damit auch die Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie so abzustimmen, dass bei sterbenden Patient:innen Schaden durch Übertherapie im Rahmen einer nicht mehr indizierten Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie vermieden werden kann.

Generell müssen wir einer Patient:in, die Hunger und Durst äußert, zu essen und zu trinken geben (z. B. *„Comfort Feeding“* in der Palliativmedizin). Im Rahmen dieser *pflegerischen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr* nimmt eine Patient:in die angebotene Nahrung/Flüssigkeit freiwillig

oral auf – entweder selbstständig oder mittels Handreichung (bei eingeschränkter Mobilität). Der Vorteil dieser Ernährungsform liegt in der sozialen Teilhabe und dem Genuss- und Geschmackserlebnis. Sollte eine Patient:in nicht selbstständig essen und trinken können, kann die Nahrung und Flüssigkeit auf anderem Weg zugeführt werden (nasogastrale Sonde – MS, perkutane endoskopische Gastrostomie – PEG, perkutane endoskopische Jejunostomie – PEJ) – immer im Einverständnis mit der Patient:in. Diese Art der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung ist immer indiziert und entspricht der *Befriedigung eines menschlichen Grundbedürfnisses*.

Davon zu unterscheiden ist die **medizinisch indizierte Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie**, die über Sonden (MS, PEG, PEJ) oder parenteral erfolgt. Diese muss – wie jede andere Therapie auch – indiziert sein und daher ein klar definiertes Therapieziel, die Aufrechterhaltung der Körperhomöostase, haben. Klassisches Beispiel ist die Ernährungstherapie z. B. im Rahmen eines postoperativen Intensiv Aufenthaltes – diese setzt eine vorherige ärztliche Aufklärung sowie das eingeholte Einverständnis für eine Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie voraus. In

einer solchen Situation ist der potenzielle Therapienutzen der Ernährungstherapie für Patient:innen größer als der mögliche Schaden, der durch das Auftreten von Komplikationen/Nebenwirkungen bei einer künstlichen Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr entstehen kann. Dies zu bedenken ist besonders wichtig bei fortgeschrittener Erkrankung und am Lebensende (siehe unten).

Strafrechtliche Konsequenzen können bei Verweigerung der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit trotz medizinischer Indikation und gleichzeitig vorhandenem positivem Patient:innenwunsch relevant werden oder wenn die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit gegen den Willen einer entscheidungsfähigen Patient:in durchgeführt wird (= Zwangsernährung), wie dies in der Praxis wiederholt bei fortgeschritten dementen Menschen (z. B. Ernährung mittels PEG-Sonde trotz ablehnender Mimik und Gestik) beobachtet werden kann. Streng abzugrenzen ist davon die ethisch/rechtliche Situation bei einem Hungerstreik oder bei psychiatrisch indizierter Zwangsernährung (z. B. im Rahmen von Anorexia nervosa).

Die letzte Phase des Lebens eines fortgeschritten kranken Menschen wird in

Tab. 2 Do's and Don'ts beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)	
Do's	Don'ts
Sterbewunsch anerkennen und offen darüber kommunizieren; FVNF inhaltlich klar von Appetitverlust im Sterbeprozess, Hungerstreik, Suizid, assistiertem Suizid, Anorexia nervosa abgrenzen	Nicht-Anerkennen des Sterbewunsches, keine offene Kommunikation über das Lebensende zulassen; FVNF als persönliche Zurückweisung des Betreuungsangebots/Beistandes empfinden
Bei Beginn: Entscheidungsfähigkeit prüfen und dokumentieren	Zwangsernährung/-hydration gegen den geäußerten Willen oder bei Verlust der Entscheidungsfähigkeit (Delir, Somnolenz, Sopor im fortgeschrittenen Sterbeprozess)
Palliativmedizinische Begleitung organisieren für eine strukturierte Symptomlinderung; v. a. Mundpflege und Erhalt der Darmtätigkeit anleiten; Betreuungsaufgaben klar im Team strukturieren	FVNF unvorbereitet und unkoordiniert ohne palliativmedizinische Expertise begleiten; keine Abstimmung im Betreuungsteam und unklare Zuständigkeiten
Medikation individuell prüfen: nicht symptomrelevante Dauertherapien reduzieren/beenden, Medikation zur Symptomlinderung beginnen/anpassen	Bestehende Medikation ohne Überprüfung des Therapieziels weiterlaufen lassen, aber auch laufende Therapie undifferenziert absetzen
An- und Zugehörige aktiv begleiten – in die Betreuungssituation einschulen, psychologische Unterstützung anbieten	Angehörigengespräche zwischen Tür und Angel ohne Fürsorge und Anerkennung der emotionalen Belastung

drei unterschiedliche Zeitabschnitte gegliedert: Die **Rehabilitationsphase** (Dauer: Wochen, Monate bis Jahre) versucht trotz schwerer Erkrankung ein größtenteils normales Leben möglich zu machen. In dieser Phase steht die therapeutische Bemühung, die körperliche Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten (Indikation für eine Sauerstoffgabe bei eingeschränkter Lungenfunktion, fortgeschrittener Herzinsuffizienz etc.) sowie die Körperhomöostase durch Essen und Trinken aufrecht zu erhalten, im Mittelpunkt. Zusätzlich gewinnt die Einbindung der Palliativmedizin mit Fortschreiten der Erkrankung für das Erreichen einer bestmöglichen Symptomlinderung (Schmerzen, Angst, Übelkeit/Erbrechen, Schwitzen, Mundtrockenheit, Juckreiz, epileptische Anfälle, Psychosen, etc.) zunehmende Bedeutung. In der anschließenden **Terminalphase** ist die körperliche Aktivität des sterbenden Menschen zunehmend eingeschränkt, die Lebensqualität nimmt langsam ab und trotz der Weiterführung palliativmedizinischer Maßnahmen verschlechtert sich der Gesundheitszustand zunehmend. In dieser Phase des Lebens sollten die kurativen Maßnahmen an Bedeutung verlieren und die palliativen Maßnahmen in den Vordergrund rücken, mit dem Ziel, trotz schwerer und fortgeschrittener Erkrankung ein „*gutes Leben am Ende des Lebens*“ mit möglichst hoher Lebensqualität zu ermöglichen. In dieser Phase ist die natürliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme meist schon deutlich reduziert, eine Flüssigkeits- oder Ernährungstherapie sollte nur mit strenger Indikationsstellung erfolgen. Diese Phase

geht schlussendlich in den Sterbeprozess über, der durch eine weiter fortschreitende Reduktion wichtiger Körperfunktionen (Gehirn, Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, Lungen, Nieren oder Leber etc.) im Sinne eines zunehmenden Multiorganversagens (MODS) gekennzeichnet ist und mit dem Tod endet [2]. Die **Finalphase** betrifft zumindest die letzten 72 h des Lebens und stellt letztlich den Übergang in den Tod dar [3]. In dieser **Sterbephase** ist die Aufrechterhaltung der Homöostase und der Leistungsfähigkeit kein medizinisches Therapieziel mehr. Bei zunehmendem MODS können zugeführte Nährstoffe und Flüssigkeit nicht mehr adäquat verwertet werden, verabreichter Sauerstoff hat keinen positiven Effekt mehr auf die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden. Wenn fortgeschritten erkrankte Patient:innen in dieser Phase eines natürlichen Sterbeprozesses eigentlich nichts mehr essen und trinken würden, kann die weitere Zufuhr von Ernährung/Flüssigkeit über Sonden oder intravenös angesichts des zunehmenden MODS die Symptomlast im Sterbeprozess deutlich erhöhen: Bei einer fortschreitend verminderten kardialen Pumpleistung und bei zunehmendem Nierenversagen kann intravenös zugeführte Flüssigkeit zu einem Lungenödem mit vermehrter Atemnot sowie schmerzhaften peripheren Ödemen führen. Über Sonden zugeführte Ernährung in einen versagenden Magen-Darm-Trakt führt zu Völlegefühl, Übelkeit und Erbrechen mit Aspirationsgefahr, unter Umständen auch zu einem schmerzhaften Ileus.

Das freiwillige, manchmal sogar bewusste Beenden der Nahrungsaufnahme

in der Sterbephase gehört zum natürlichen Sterbeprozess und kann Ausdruck der Autonomie und der Würde einer Patient:in sein [4]. In der Sterbephase hat demnach die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit (sowie auch die Gabe von Sauerstoff) kein Therapieziel mehr und ist kontraindiziert. Daher ist die medizinisch notwendige Beendigung der Ernährungs-, und Flüssigkeitstherapie in der Sterbephase auch kein „Verhungern und Verdursten“ lassen, sondern das bewusste Stattgeben eines physiologischen Prozesses am Ende des Lebens mit dem Ziel, eine künstlich erzeugte Symptomlast durch nicht mehr indizierte Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit bei sterbenden Menschen zu vermeiden. In der Sterbephase unterliegen das Hunger- und Durstgefühl nicht mehr einer physiologischen Regulation. Durst, sehr häufig ausgelöst durch einen trockenen Mund, wird oft als das am längsten erhaltene, sehr unangenehme Gefühl beschrieben, welches durch die Beendigung der Sauerstoffgabe (die das Gefühl des Trockenen Mundes noch deutlich aggraviert) und pflegerische Maßnahmen (Zitronenstäbchen, Pflegeöle, Venturi-Maske mit befeuchteter Raumluft, Luftbefeuchter im Zimmer, feuchte Tücher auf der Heizung etc.), im Sinne der Symptomlinderung meist gut behandelt werden kann [5, 6].

Es gibt auch Überlegungen, dass eine aggressive, nicht mehr indizierte Ernährungstherapie das „Zulassen“ des Fastenstoffwechsels (Ketose) und die damit verbundene Endorphinfreisetzung als natürlichen Schutzmechanismus des Körpers in der Sterbephase stören könnten [7, 8]. Wann genau die Ernährungs-

Tab. 3 Häufig beobachtete Symptome im Rahmen eines FVNF: Möglichkeiten der Linderung	
Mundtrockenheit/Durstgefühl	Regelmäßige Mund- (Nasen)pflge alle 1–2 h, im Verlauf alle 15–30 min; Zahnprothesen entfernen, Lippenpflge; Sauerstofftherapie beenden; Atemluft/Raumluft befeuchten
Muskel-, Glieder-, Rückenschmerzen	Analgetika (Opiode)
Migräne, Schwindel und Herzklopfen	Erhöhung der Tagestrinkmenge (vorher mit Patient:innen absprechen; 100–200 ml ungesüßte Flüssigkeit verzögern die Sterbezeit nicht)
Reduktion der Tränenflüssigkeit	Augentropfen, Augengel, warme Kompressen
Austrocknung der Nasenschleimhaut	Aloe Vera Nasensprays, Einatemluft/Raumluft anfeuchten
Obstipation, Bauchschmerzen, -krämpfe	Mikroklistertherapie zur Obstipationsprophylaxe/Stuhlförderung, Wärmekissen, feuchte Wickel, Kolonmassage (vorher absprechen)
Dauerkatheter verstopft (Sedimente im Urin)	1–2× tgl. Dauerkatheter spülen
Atemnot durch zähflüssiges Bronchialsekret	Einatemluft anfeuchten; evtl. laufende Anticholinergika beenden! Morphin (Vendal); keine Sauerstoffgabe! Lagerung, warme Brustauflagen, ätherische Öle; evtl. Handventilator (Nasenbrillen, Venturi-Masken vermeiden – Druckstellen!)
Stress, Unruhe, Delir, Krampfanfälle	Fürsorgliche Begleitung, ruhige Kommunikation, Kontinuität der Betreuung, orientierungsfördernde Umgebung; wenn nötig medikamentöse Intervention: Benzodiazepine, Anxiolytika, Antipsychotika; in Institutionen: erweiterte Besuchszeiten in der linken Spalte bitte eine Zeile machen mit Stress, Unruhe, Delir, Krampfanfälle) – keine Unterteilung in blau/weiß
Gestörte Thermogenese (frieren, frösteln)	Raumtemperatur und Kleidung anpassen
Müdigkeit, kognitive Einschränkungen	Ist Folge des FVNF – meist keine hohe Symptomlast

und Flüssigkeitstherapie beim Sterbenden schrittweise zu reduzieren bzw. ganz zu beenden ist, ist immer individuell und – falls möglich – in Abstimmung mit den betreuenden Personen ärztlich zu entscheiden, schriftlich anzuordnen und zu dokumentieren (gleich, wie auch für den Beginn der Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie eine ärztliche Indikationsstellung mit schriftlicher Anordnung notwendig ist). Jegliche Entscheidung für oder gegen eine Ernährungs- und/oder Flüssigkeitstherapie am Lebensende ist individuell zu treffen. Idealerweise sollte darüber mit einer fortgeschritten erkrankten Patient:in und deren An- und Zugehörigen rechtzeitig gesprochen werden. Kommunikativ kann so ein Gespräch durchaus eine große Herausforderung sein, da die Beendigung der Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie schlecht erklärt und unreflektiert als Ver-

hungern- und Verdursten-Lassen missverstanden werden kann, was äußerst negativ konnotiert ist und Widerstand hervorruft, da dies mit Gefühlen der Vernachlässigung, der schlechten Fürsorge und des Im-Stich-Lassens verbunden ist. Eine klare und unmissverständliche Aufklärung, dass anstelle von Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie beim Sterbenden palliativmedizinische, pflegerische und ärztliche Maßnahmen im Sinne der Symptomlinderung im Rahmen einer Comfort Terminal Care in den Vordergrund treten [9], schafft Vertrauen und hilft unnötigen Stress für alle beteiligten Personen vermeiden.

Zusammenfassung

Wenn wir also nach diesen Überlegungen abschließend noch einmal die Frage beant-

worten wollen „Darf man einen Menschen hungern und/oder verdursten lassen?“, ist diese natürlich eindeutig weiter mit „nein“ zu beantworten – es sei denn, ein entscheidungsfähiger Mensch sollte dies explizit wünschen, so wie das beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) der Fall ist. Der zweite Teil des Papers beschäftigt sich mit diesem Thema. Prinzipiell gilt: Solange eine Person Hunger und Durst äußert und Nahrung sowie Flüssigkeit zu sich nehmen möchte oder mit einer künstlichen Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr einverstanden ist, wenn eine orale Zufuhr aufgrund einer schweren Erkrankung nicht möglich ist, sind Ernährung und Flüssigkeitsgabe indiziert [10]. Wenn sich eine Patient:in selbst nicht mehr dazu äußern kann, ob sie Hunger oder Durst hat, obliegt die Indikation für den Beginn/die Weiterführung/die Beendigung einer Ernährungs-/Flüssigkeitszufuhr dem Ermessen des betreuenden Teams – am besten in guter Abstimmung zwischen den betreuenden Pflegepersonen und der zuständigen Ärzt:in. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Weiterführung von nicht mehr indizierter Ernährung und Flüssigkeitszufuhr (intravenös, MS/PEG/PEJ) die Symptomlast in der Sterbephase (Atemnot, Ödeme, Lungenödem, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Aspiration und Ileus) massiv erhöhen kann.

Der Verzicht auf die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit ist Teil einer lege artis palliativmedizinischen Betreuung am Lebensende. Eine undifferenziert angewandte Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie in der Sterbephase auf Basis eines falsch verstandenen „man darf niemand hungern und verdursten lassen“ kann sterbenden Patient:innen viel vermeidbares Leid zufügen, was weder medizinisch noch ethisch-rechtlich geboten ist.

Sowohl die medizinischen als auch die ethisch-rechtlichen Inhalte rund um das durchaus komplexe medizinethische Thema *Verhungern und Verdursten am Lebensende* sollten ehebaldigst zum Standardwissen jeder Ärzt:in und Pflegeperson werden, so wie das auch im österreichischen Ärztegesetz § 2 gefordert wird, das von jeder Ärzt:in Basiswissen in Schmerzmedizin und Palliativmedizin verlangt. Der Umgang mit Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie am Lebensende sollte in allen

medizinischen Teams Beachtung finden und durch eine rechtzeitige und offene Kommunikation mit den An- und Zugehörigen zu einem stressfreien Umgang im Rahmen einer fachlich begründeten und professionellen Begleitung schwer kranker Menschen am Ende ihres Lebens führen. Das Einstellen der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eines natürlich sterbenden Menschen ist gleich wie die ärztlich indizierte Beendigung der Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie am Lebensende kein „Verhungern-oder Verdursten-Lassen“, sondern die Akzeptanz des Beginns des Sterbeprozesses.

Teil 2: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) am Lebensende (Synonym: Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET))

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist eine spezifische Form der lebensverkürzenden Selbstbestimmung, bei der medizinische, pflegerische, ethische und rechtliche Aspekte zu bedenken sind. Die Umsetzung des FVNF findet in über 50 % institutionalisiert (Pflegeheime) und in rund 40 % der Fälle zu Hause oder seltener in Hospizen und Krankenhäusern (je < 5 %) statt. Die Patient:innen, die ihren Tod durch FVNF vorzeitig herbeiführen wollen, leiden überwiegend an onkologischen (40,5 %), neurologischen (15,6 %), internistischen (8,1 %) und demenziellen (5,1 %) Erkrankungen sowie in 28,8 % an Altersgebrechen. Es besteht eine deutliche Prävalenz des weiblichen Geschlechts [11]. Die meisten Personen, die einen FVNF am Lebensende vollziehen, sind älter als 70 Jahre. Die Begleitung eines FVNF kann ohne eine entsprechend gute Teamkommunikation, Schulung und bei Bedarf psychologische Unterstützung auch für geübte Palliativteams belastend sein, wobei Hoekstra den Verlauf des FVNF für Patient:innen in der Betreuung geschulter Mitarbeiter:innen als wenig belastend und die eigene Belastung ebenfalls als gering einschätzt [12].

Als zentrale Motive für FVNF werden Autonomiewunsch, Kontrolle über Zeitpunkt und Umstände des Sterbens, Angst vor belastender Verlängerung des Sterbeprozesses, Unzufriedenheit mit der Symptom-

linderung sowie die Sorge, den Angehörigen zur Last zu fallen, auch Lebenssattheit und anderes beschrieben. Der FVNF ist ein bewusster, freiwilliger Verzicht einer entscheidungsfähigen Person auf Nahrung und Flüssigkeit mit der Absicht, den Sterbeprozess zu beschleunigen. Dabei ist die physische Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme zumindest in der Anfangsphase des FVNF noch vorhanden, sodass der Sterbeprozess in dieser Zeit reversibel bleibt. Die Entscheidung zum FVNF muss daher in der Anfangsphase wiederholt getroffen werden, da sie in den ersten Tagen ohne Folgeschäden zurückgenommen werden kann [13]. Inhaltlich abzugrenzen vom FVNF sind die krankheitsbedingte Nahrungsverweigerung, der Hungerstreik und die physiologische Inappetenz im Rahmen eines natürlichen Sterbeprozesses, bei dem schrittweise zunächst das Essen und dann auch das Trinken eingestellt wird, bis schlussendlich pflegerische Maßnahmen (Befeuchtung der Schleimhäute und Atemwege) im Vordergrund der Sterbebegleitung stehen (siehe oben).

Der Sterbeprozess im Rahmen eines FVNF ist den physiologischen Vorgängen bei einem natürlich sterbenden Menschen sehr ähnlich, weswegen der FVNF auch **juristisch** als *natürlicher Tod* definiert und als eine Handlung *sui generis* angesehen wird. Inhaltlich abzugrenzen vom FVNF sind sowohl der klassische Suizid (akute suizidale Einengung, unmittelbare Tötungshandlung, psychiatrische Notlage) als auch der assistierte Suizid (terminisierter Tod durch Einnahme einer tödlichen Substanz – in Österreich gesetzlich geregelt über das Sterbeverfügungsgesetz) [14]. Beides sind terminisierte Formen des Sterbens, bei denen der Tod durch eine aktive Handlung zu einem definierten Zeitpunkt herbeigeführt wird. Zusätzlich muss der Tod im Rahmen eines FVNF noch vom Nicht-Beginn oder der Beendigung lebenserhaltender/intensivmedizinischer Maßnahmen im Rahmen einer Therapiezieländerung (TZÄ) abgegrenzt werden, bei der aufgrund fehlender Indikation (primär nicht oder nicht mehr vorhandenes kuratives Therapieziel im Laufe der Behandlung) der Tod entweder durch den Nicht-Beginn lebenserhaltender oder durch die Beendigung laufender, (intensiv-)medizinischer Maßnahmen ohne wei-

tere zeitliche Festlegung spontan eintritt [15].

Ethisch wird der FVNF im Spannungsfeld von *Autonomie, Fürsorge, Nichtschadensprinzip* und *professionellem Berufsethos* verortet. Die palliative Begleitung eines FVNF soll als Ausdruck wohlthätiger Sterbebegleitung verstanden werden und entspricht weder ethisch noch rechtlich der Beihilfe beim assistierten Suizid. Vor der Durchführung eines FVNF sollte ein ärztliches und pflegerisches Aufklärungsgespräch mit der sterbewilligen Person über die zu erwartende Symptomlast geführt werden. Die sterbewillige Person soll auf die Wichtigkeit der Errichtung einer Patientenverfügung hingewiesen werden, in der die Ablehnung von Reanimationsmaßnahmen und das Verbot einer künstlichen Ernährung im Falle eines Bewusstseinsverlustes oder Delirs dokumentiert werden sollten. Auch sollte ein Aufklärungsgespräch mit den später in die Pflege involvierten An- und Zugehörigen geführt werden über die zu erwartende Symptomlast und die Möglichkeiten, aber auch eventuellen Schwierigkeiten bei der Versorgung im heimischen Umfeld.

Verhungern und Verdursten ist gesellschaftlich sehr negativ belegt, weswegen die Begleitung einer sterbewilligen Person bei der Durchführung eines FVNF **unreflektiert** auch für betreuende Personen durchaus ein moralisches Dilemma darstellen und scheinbar den Prinzipien des Wohltuns und des Nicht-Schadens widersprechen kann. Aus der Sicht der sterbewilligen Person wäre jedoch die emotionale Ablehnung/Verweigerung der gewünschten Begleitung und noch vielmehr jegliche Form der Zwangsernährung ein Schaden und würde durch das Missachten des Rechts auf Selbstbestimmung dem Nichtschadensprinzip und dem Gedanken der Benefizienz aus Sicht der sterbewilligen Person widersprechen. Für begleitende Medical Professionals kann der FVNF dem Berufsethos widersprechen und insofern ein ethisches Dilemma darstellen, als eine sterbewillige Person durch einen FVNF ihren Tod selbstbestimmt beschleunigt. Da aber der FVNF im Sinne der Wahrung des Rechts auf freie Selbstbestimmung ethisch und auch rechtlich zulässig ist, sollte die palliativmedizinische, ärztliche und pflegerische Begleitung eines FVNF im Sinne des Wohltuns

mit dem Ziel bestmöglicher Symptomlinderung unter fürsorglichem menschlichen Beistand gesehen werden, ohne dem vermeintlichen Anspruch gerecht zu werden, sich die Intention des FVNF der sterbewilligen Person, nämlich den Tod frühzeitig herbeizuführen, zu eigen machen zu müssen [16].

Spezifisches medizinisches Wissen ist für eine sachkundige und fürsorgliche medizinische Begleitung einer Patient:in im Rahmen der Durchführung eines FVNF notwendig, um belastenden Symptomen vorzubeugen bzw. wenn nötig eine adäquate palliativmedizinische Symptomlinderung erreichen zu können. Eine *Handreichung* der deutschen Palliativgesellschaft zur praktischen Durchführung des FVNF erläutert das Vorgehen in Bezug auf die Beendigung der Nahrungs-, und Flüssigkeitszufuhr mit speziellem Hinweis darauf, wie eine sterbewillige Person einen FVNF am schonendsten und ohne großen Leidensdruck durchführen kann [17]. Als sanfteste Form des FVNF gilt der primäre Verzicht auf Nahrung mit anfangs evtl. sogar erhöhter Trinkmenge, gefolgt von der Reduktion der Flüssigkeitszufuhr über mehrere Tage. Dabei soll auf kohlenhydrathaltige Getränke verzichtet werden, da diese ein Hungergefühl auslösen können. Einige Personen nehmen auch im Verlauf des FVNF weiter geringe Resttrinkmengen zu sich (100–200 ml/Tag verzögern den Sterbeprozess nicht nachweisbar) [18, 19]. Es wird empfohlen, dass betreuende Personen der sterbewilligen Person, die einen FVNF durchführt, zumindest in der Anfangsphase jederzeit eine Kleinigkeit zu essen und zu trinken in erreichbarer Nähe bereitstellen. Die sterbewillige Person darf dies aber auch ablehnen, da der Anblick und der Geruch von Nahrung und Flüssigkeit während des FVNF durchaus als belastend empfunden und somit nicht gewünscht werden können.

Eine Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie ohne Einverständnis der sterbewilligen Person durchzuführen wäre eine Missachtung des Rechts auf Selbstbestimmung, rechtlich eine *eigenmächtige Heilbehandlung* und als eine Form der *Körperverletzung strafrechtlich relevant*. Das Verbot der ungewünschten Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr ist auch dann einzuhalten, wenn die sterbewillige

Person im fortgeschrittenen Sterbeprozess das Bewusstsein verlieren oder delirant werden sollte und die Ablehnung nicht mehr kommunizieren kann. Anders als im Rahmen der Suizidprävention beim klassischen Suizid, entfällt aufgrund des Rechts auf Selbstbestimmung beim FVNF die *ärztliche/pflegerische Garantenpflicht*, weswegen der FVNF nicht mittels Zwangsernährung verhindert werden darf.

Auf eine professionelle, palliativmedizinische Begleitung ist bei der Betreuung einer Person, die einen FVNF durchführt, zu achten (■ Tab. 3): Die laufende medikamentöse Therapie sollte bis auf die Substanzen, deren weitere Einnahme/Dosisanpassung im Sinne der Symptomlinderung notwendig und sinnvoll ist, komplett eingestellt werden – dies muss jeweils für den Einzelfall individuell abgewogen werden. Im Folgenden werden exemplarisch ein paar Beispiele genannt – ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu haben: Beendigung von Antibiotikatherapie, Antikoagulation [20], Diabetes-, und anderer metabolisch wirksamer Medikation (Schilddrüse/andere hormonell wirksame Therapien), Chemotherapeutika, Diuretika, etc. Die Beendigung von Herz-Kreislauf-wirksamen Medikamenten ist differenziert abzuwägen, da Rhythmusstörungen oder eine nicht tödlich verlaufende kardiale Dekompensation die Symptomlast der sterbewilligen Person unnötig aggravieren würde. Auch der Einsatz sowie die Beendigung einer laufenden anticholinergen Medikation sollten kritisch abgewogen werden (Austrocknung der Schleimhäute als Nebenwirkung des FVNF). Die Weiterführung und bei Bedarf auch Steigerung der laufenden Schmerzmedikation und anderer zur Symptomlinderung palliativmedizinisch wirksamer Medikamente (Antiepileptika, Bronchospasmolytika, Sedativa, Schlafmittel etc.) ist zu beachten. Insbesondere der Beginn oder die Weiterführung einer wirkungsvollen Stuhlförderung (zu Beginn) bzw. später einer Therapie, die die gastrointestinalen Nebenwirkungen einer Opioidtherapie reduziert, wird empfohlen, um schmerzhafte Verstopfung bis hin zum Ileus/Erbrechen/Miserere zu vermeiden, was häufig unter einer laufenden oder sogar gesteigerten Opiatmedikation ohne

Nahrungszufuhr und ohne begleitende präventive Maßnahmen beobachtet wird.

Das *Hungergefühl*, das an Appetit gebunden ist, nimmt beim Fasten rasch ab und verschwindet innerhalb von einigen Tagen gänzlich. Das Durstgefühl hingegen bleibt meist länger bestehen, da es u.a. im Mundraum entsteht und durch Mundtrockenheit ausgelöst wird. Durch professionelle Mundpflege und andere Maßnahmen (befeuchtete Einatemluft) ist das Durstgefühl aber meist gut beherrschbar [21]. Die physiologischen Vorgänge im Körper, die während des Hungerstoffwechsels ablaufen, lassen den FVNF nicht leidvoll erscheinen: In den ersten 24 h der Nahrungskarenz betreibt die Leber Glykogenolyse, der Körper wird im Rahmen der Glukoneogenese und durch die Verstoffwechslung von Aminosäuren, Laktat sowie Pyruvat weiterhin mit Glukose versorgt. Zur weiteren Energiegewinnung werden in der Peripherie die Proteolyse und die Lipolyse intensiviert, sodass es innerhalb weniger Tagen durch den Muskel- und Fettabbau zur Schwächung des Körpers kommt. Ab dem zweiten Tag der Nüchternheit werden Fettsäuren zu Ketonkörpern abgebaut, welche dem Gehirn und den Nervenzellen als Energiequelle dienen. Die Ketone aktivieren im zentralen Nervensystem das körpereigene Opioidsystem, welches zur Minderung von Stress-, Angst- und Schmerzsymptomatik beiträgt [17, 22]. Der FVNF führt also analog zur terminalen Dehydration beim physiologischen Sterbeprozess zu einer vermehrten Ausschüttung von körpereigenen Endorphinen, sodass Patient:innen während der Durchführung des FVNF sogar zeitweise von euphorisierenden Gefühlen berichten [19].

Das am häufigsten beobachtete Symptom während eines FVNF ist die *Mundtrockenheit* und das dadurch hervorgerufene *Durstgefühl*, das die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann. Das Durstgefühl ist primär von der Mundtrockenheit und weniger vom Flüssigkeitsstatus einer Person abhängig, sodass Patient:innen und ihre Angehörigen zur Linderung der Mundtrockenheit in Maßnahmen der Mundpflege geschult werden sollten. Die Mundpflege soll bereits zu Beginn des FVNF regelmäßig ein- bis zweimal pro Stunde angeboten werden. Da sich

die Mundatmung mit fortschreitendem Sterbeprozess verstärkt, müssen die Maßnahmen im Verlauf des FVNF intensiviert und am Ende sogar viertel- bis halbstündlich durchgeführt werden. Mit gefrorenen Ananasstücken, sauren Zitronenbonbons, sauer schmeckendem Hagebutten- oder Malventee und Minzekaugummi wird der Speichelfluss angeregt. Zusätzlich kann die Mundschleimhaut mit antiseptischen Mundspülungen, Mundpflegebalsam, therapeutischen Kräuterölen oder durch das Aufsprühen geringer Mengen kalter Flüssigkeit mit einem Zerstäuber befeuchtet werden. Für die Mundpflege eignen sich auch Schäume aus Lieblingsgetränken und -speisen, die durch ein „AirSet“-Gerät mithilfe einer Pumpe und eines Schaumpulvers hergestellt werden können. Die Schäume führen zu einem intensiven Geschmackserlebnis und dürfen daher nur nach Absprache mit der Patient:in angeboten werden. Da diese Schäume nur aus wenig Flüssigkeit bestehen, lösen sie keinen Schluckreflex aus und eignen sich somit auch für Patient:innen mit Schluckproblemen. Zur Verminderung der Mundtrockenheit und des Durstgefühls sollen Zahnprothesen entfernt, die Lippen mit einem pflegenden Lippenbalsam benetzt und Hydrogele über Nacht angewandt werden. Borken und Beläge, die sich bei extremer Mundtrockenheit bilden, können mit *Rosenhonig* aufgeweicht und anschließend mit fetthaltigen Substanzen wie *Oliveöl* oder *Butter* entfernt werden. Faktoren, welche Mundtrockenheit begünstigen, wie beispielsweise anticholinerge Medikamente oder Sauerstofftherapie, sollten vermieden bzw. Mundsoor adäquat therapiert werden. Auch durch die Erhöhung der Luftfeuchtigkeit im Raum kann Mundtrockenheit gelindert werden – hierfür werden Luftbefeuchter oder Vernebler eingesetzt oder aus befeuchteten Tüchern ein sogenannter „feuchter Himmel“ über dem Bett der Patient:in errichtet [17, 18, 23].

Neben dem Hunger- und Durstgefühl berichten bei einem protrahiert verlaufenden FVNF 14% der Patient:innen von *Schmerzen*, 9% geben *Müdigkeit* an, 8% leiden an *kognitiven Einschränkungen* und 6% klagen über *Atemnot* [24]. Insbesondere in den ersten Tagen nach dem Absetzen der Nahrung kommt es zu

unangenehmen Symptomen wie *Migräne*, *Schwindel* und *Herzklopfen*, weshalb die Trinkmenge ab der Nahrungskarenz vorübergehend sogar auf bis zu zwei Liter pro Tag erhöht werden kann. Diese anfangs erhöhte Trinkmenge hilft unter anderem auch dabei, einen akuten *Gichtanfall* (durch die vermehrt anfallende Harnsäure beim Zerfall von Körperzellen) zu verhindern. Die Dehydrierung führt zur Reduktion der *Tränenflüssigkeit*, wodurch es zu einem Brennen oder einem Fremdkörpergefühl in den Augen kommen kann. Die Anwendung von Augengel, Augentropfen oder warmen Kompressen kann hier Abhilfe schaffen. Genauso wird der *Austrocknung der Nasenschleimhaut*, z. B. mithilfe eines Aloe-Vera-Nasensprays oder einer Dexpanthenol-haltigen Nasensalbe, vorgebeugt. Durch die verminderte Harnproduktion bilden sich *Sedimente im Urin*, die einen liegenden Harnkatheter verstopfen können, der daher zweimal täglich gespült werden soll. Die verminderte Flüssigkeitszufuhr begünstigt zudem eine *Obstipation*, die zu Verwirrtheit und Angstgefühlen führen kann. *Darmentleerungen* wirken entlastend und verbessern das Wohlbefinden, weshalb nach Absprache mit der Patient:in eine Mikroklistherapie zur Obstipationsprophylaxe erfolgen kann. Gegebenenfalls auftretende *Bauchschmerzen und -krämpfe* können durch ein Wärmekissen, feuchte Wickel oder eine Kolonmassage gebessert werden. Da während des Fastens die Stoffwechselvorgänge im Körper weitgehend eingestellt werden und die *Thermogenese* somit auf „Sparmodus“ läuft, kommt es zu einem gesteigerten Kälteempfinden. Auch *Schlafstörungen* werden durch die Stoffwechselumstellung und durch das Frieren und Frösteln begünstigt, weshalb die Zimmertemperatur angepasst und warme Kleidung getragen werden sollte [17, 25]. Ein gestörter Schlaf kann zudem auf Schmerzen zurückzuführen sein. Beim FVNF kommt es insbesondere zu Muskel-, Glieder-, Rücken- und Liegeschmerzen, welche mit einer ausreichenden Dosis an *Analgetika* (z. B. Opioiden) therapiert werden können. Opioiden sind überdies die einzigen Medikamente, welche *Atemnot* signifikant verringern können. Die Atemnot beruht beim FVNF auf zähflüssigem Bronchialsekret, welches durch den

niedrigen Flüssigkeitsstatus entsteht. Eine Sauerstofftherapie zur vermeintlichen Linderung der Atemnot ist jedenfalls zu unterlassen, da keine Korrelation zwischen der arteriellen Sauerstoffsättigung und der subjektiv empfundenen Atemnot besteht. Außerdem führt Sauerstoff zur weiteren Austrocknung der Schleimhäute und verstärkt somit das Durstgefühl. Nasenbrillen bzw. Sauerstoffmasken werden von Patient:innen teilweise als beengende Fremdkörper wahrgenommen und hinterlassen Druckstellen auf Haut und Nasenschleimhaut.

Merke. Dass Sauerstoff die Atemnot nicht verbessert, muss sowohl in den behandelnden medizinischen Teams als auch mit den Patient:innen und deren betreuenden An- und Zugehörigen besprochen und sicher kommuniziert werden.

Neben der Gabe von Opioiden lässt sich Dyspnoe zusätzlich konservativ durch (*Hand-)*Ventilatoren, die im Gesicht ein Gefühl der „bewegten Luft“ auslösen, oder durch *Lagerungsmaßnahmen* und warme *Brustauflagen mit ätherischen Ölen* bessern. Atemnot ist eines der häufigsten Stresssymptome. *Stress*, *Angst* und *innere Unruhe* werden beim FVNF unter anderem durch den niedrigen Blutdruck und die dadurch kompensatorisch erhöhte Herzfrequenz ausgelöst. Das Mittel der ersten Wahl gegen Angst ist menschlicher Beistand, sodass Angehörigen bei einer institutionalisierten Durchführung des FVNF *erweiterte Besuchszeiten* gewährt werden sollen. Zudem hilft spiritueller oder psychologischer Beistand, Angstgefühle zu lösen. Ein weiteres bekanntes Symptom der Dehydrierung ist das *Delir*. Delirante Zustände sind durch einen raschen Beginn und fluktuierenden Verlauf mit Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins sowie durch einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus gekennzeichnet. Im Umgang mit deliranten Patient:innen soll auf ruhige Kommunikation, Kontinuität in der Betreuung und eine orientierungsfördernde Umgebung gesetzt werden. Da die Symptome eines Delirs durch Flüssigkeitszufuhr gebessert werden können, sollen Patient:innen vor Beginn des FVNF im Rahmen der Aufklärung oder ggf. in einer Patienten:innenverfügung festlegen, ob eine *Flüssigkeitsgabe zur Symptomlinde-*

zung eines Delirs gewünscht wird. Für die medikamentöse Therapie eines Delirs stehen Neuroleptika/Antipsychotika (z.B. Haloperidol, Quetiapin), der Alpha-2-Agonist Dexmedetomidin oder bei entsprechender Indikation auch Benzodiazepine zur Verfügung. In der Betreuung von Patient:innen während eines FVNF sind aufgrund der zunehmenden Dehydrierung und der damit verbundenen Sturzgefahr durch Schwindel und Schwäche zudem Maßnahmen zur Sturzprophylaxe zu setzen. Durch die Kachexie, die beim länger anhaltenden Verzicht auf Nahrung entsteht, sind Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus am Gewebe über Knochenvorsprüngen notwendig, um zusätzlichen Schmerzen vorzubeugen [9, 18]. Eine Thromboseprophylaxe während der letzten Lebensstage wird in einer Stellungnahme des National Institute of Health and Care Excellence nicht empfohlen [26].

Generell gilt für den Sterbeprozess, sei er natürlich oder im Rahmen eines FVNF: Ein leicht dehydrierter Mensch scheint weniger leidvoll zu sterben als ein flüssigkeitsüberladener Mensch, da sich durch nicht indizierte Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in der Sterbephase bei abnehmender Herz-, Nieren- und Verdauungsfunktion im Sterbeprozess iatrogene Komplikationen wie Übelkeit, Erbrechen, Ileus, Lungenödem, Atemnot oder Schmerzen durch periphere Ödeme ergeben können [27].

Zum Umgang mit und der Betreuung von An- und Zugehörigen

Im Sinne der relationalen Autonomie [28] ist die Betreuung der an- und zugehörigen Menschen einer sterbewilligen Person, die beschlossen hat, einen FVNF durchzuführen, ein sehr wichtiger Teil der ganzheitlichen palliativen Versorgung durch ärztliche und pflegerische Teams. Abgesehen von Trauer löst der FVNF noch zahlreiche andere Emotionen aus. Die Versorgung eines Menschen mit Essen und Trinken hat einen hohen sozialen Stellenwert und dient als symbolischer Akt der Fürsorge, Zuneigung und Verbundenheit. Der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit führt dazu, dass Angehörige ihre Fürsorge nicht mehr über Essenszubereitung ausdrücken

können. Dies kann von den Angehörigen als persönliche Zurückweisung missverstanden oder auch als ein „Im-Stich-Lassen“ der betroffenen Person interpretiert werden und somit zu Konflikten führen [17, 29, 30]. Um bei der Begleitung einer Person, die einen FVNF durchführt, Stress und Schuldgefühlen vorzubeugen, soll mit den Angehörigen und dem Behandlungsteam vor Beginn des FVNF der Unterschied zwischen pflegerischer und medizinisch indizierter Ernährung erarbeitet werden. Angehörigen sollte sowohl in der Zeit vor als auch während und auch noch nach dem FVNF fürsorgliche Begleitung angeboten werden, bei der neben der psychischen und physischen Belastung auch Trauergefühle und Gefühle der Zurückweisung wahrgenommen und aktiv angesprochen werden, die durch das Gefühl entstehen, dass die sterbewillige Person aktiv und frühzeitig die bestehende Beziehungssituation durch den beschleunigten Sterbeprozess abbrechen will [18]. Es ist eine qualitativ hochwertige und im besten Fall rechtzeitige Kommunikationsarbeit mit den an- und zugehörigen Personen zu leisten, um sowohl den FVNF als auch die Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende (verbunden mit der gleichzeitig notwendigen Beendigung der oft lang vorher bestehenden Sauerstoffgabe) im Sinne des Wohltuns für den sterbenden Menschen verstehen zu können.

Emotionale und institutionelle Begleitung

Der FVNF ist eine Form des Sterbens, die häufig im Umfeld der Patient:innen (An- und Zugehörige und andere betreuende Personen, aber auch Medical Professionals) auf Widerstand und Unverständnis trifft. Selbst in palliativmedizinisch geschulten medizinischen Einrichtungen stößt die Frage nach der Begleitung eines FVNF immer wieder auf eine erhebliche Abwehrhaltung. Gleichmaßen wären daher sowohl eine umfassende ethische/rechtliche Aufklärung als auch eine medizinische Schulung im Umgang mit der Durchführung eines FVNF (inkl. Komplikationsmanagement) für Ärzt:innen und Pflegepersonen notwendig, um einen friedvollen und für alle Beteiligten atraumatischen Sterbeprozess

zu ermöglichen. Strukturierte Angehörigenarbeit, die Anleitung zur Durchführung von Ritualen und eine proaktive Trauerbegleitung sind essenziell, um psychosoziale Belastungen im Umfeld der sterbewilligen Person zu reduzieren.

Aufgrund des weitgehenden Fehlens von empirischen Daten und strukturierter Rahmenbedingungen wäre es zudem wichtig, die Kommunikationskompetenz, die interprofessionelle Teamresilienz (z.B. SENS-Modell, Supervision) [31] bei Medical Professionals und generell eine Öffnung der Sterbekultur in der Bevölkerung zu stärken, um das Thema Sterben und Tod aus der Tabuzone zu holen und im Speziellen auch ethische Dilemmata im Umgang mit FVNF und assistiertem Suizid besser bewältigen zu können – sowohl im privaten Bereich als auch im professionellen Umfeld.

Dokumentation und Monitoring

Bei der Begleitung von Patient:innen, die einen FVNF durchführen wollen, sollte vom Behandlungsteam festgelegt werden, wie und welche Parameter zur Überwachung im Rahmen der medizinischen Begleitung gemessen und dokumentiert werden sollen. Analog zu den Empfehlungen zur Sterbephase in der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2019) [32] können die Messung und Dokumentation von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Blutzucker, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur beendet werden, wenn kein Nutzen in Hinblick auf eine Symptomlinderung zu erwarten ist. Sinnvoll ist die Erfassung und Dokumentation der Symptomlast, vor allem von Schmerzen, Luftnot, Verwirrtheit, Angst, Mundtrockenheit und anderen oben beschriebenen belastenden Symptomen, sowie des Bewusstseinsniveaus (wach, somnolent, Sopor, Koma). Falls möglich, sollten die Symptome in Kommunikation mit der Patient:in erfasst werden. Wenn dies bei bewusstseinsgetrübten Patient:innen nicht (mehr) möglich ist, sollte eine Fremdeinschätzung durch die An- und Zugehörigen und/oder durch das (palliativ-) medizinische Behandlungsteam erfolgen.

Zur ganzheitlichen, standardisierten und nachvollziehbaren Erfassung des Zustands der Patient:innen in der Sterbephase, aber auch in der Phase eines FVNF stehen verschiedene Scores, wie z.B. der PERS²ON Score [33], RASS Score [34] oder die Behavioral Pain Scale (BPS) [35] zur Verfügung. Sie unterstützen die Festlegung von Behandlungszielen, verbessern die Kommunikation und machen Therapieerfolge messbar. Gleichzeitig schützen sie vor Fehleinschätzung und stellen eine personalisierte Versorgung der Patient:innen sicher.

Inhaltliche Abgrenzung zum assistierten Suizid

Der FVNF weist eine Reihe von Merkmalen auf, die ihn deutlich von einem Suizid unterscheiden: Beim FVNF wird das Leben nicht durch einen äußeren Eingriff beendet. Die sterbewillige Person führt weder tödlich wirkende Substanzen zu, noch wird körperliche Gewalt angewendet. Die körperliche Integrität wird bewahrt, die Selbstbestimmung bleibt zumindest in der ersten Zeit der Durchführung erhalten. Das durch den FVNF induzierte Sterben geschieht nicht abrupt, es reißt die sterbewillige Person nicht aus dem Leben, sondern zieht sich über einen nicht frei bestimmbaren Zeitraum hin, der neben den Auswirkungen des Nahrungs- und Flüssigkeitsentzugs von persönlichen Faktoren abhängt (Komorbiditäten, Alter, Gebrechlichkeit etc.). Zumindest anfänglich hat die sterbewillige Person die Möglichkeit, den FVNF abubrechen und Essen und Trinken wieder zu beginnen. Daher sollte das Angebot von Essen und Trinken während eines FVNF aufrecht bleiben, wobei die sterbewillige Person das Bereitstellen von Nahrung und Flüssigkeit in Reichweite ablehnen darf [18].

Zusammenfassung

Dieses Paper soll dazu beitragen, Awareness für das Thema *Verhungern und Verdursten am Lebensende* zu schaffen, für das Behandlungsteams wie auch An- und Zugehörige immer noch schlecht geschult sind und welches in der klinischen Praxis häufig unzureichend thematisiert wird. Dies führt aufgrund des unreflektierten

Umgangs einerseits zu einer Fehlbehandlung von Patient:innen mit einer unnötig erhöhten Symptomlast im Rahmen des Sterbeprozesses und ist andererseits auch ein Stein des Anstoßes für eine konfliktreiche Kommunikation innerhalb der behandelnden Teams und auch mit und zwischen den An- und Zugehörigen. Es ist unabdingbar, dass sich die in die Betreuung von Patient:innen involvierten Personen (wie Ärzt:innen, Pflegepersonen, Pflegehilfskräfte, Physiotherapeut:innen etc. und schlussendlich auch An- und Zugehörige) der medizinischen und ethischen Basics einer differenzierten und individuell gestalteten Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie am Lebensende bewusst sind, um reflektiert und individuell mit dem durchaus komplexen Thema umgehen zu können – das gilt sowohl beim Thema *Verhungern und Verdursten am Lebensende* als auch beim *FVNF am Lebensende*. Die Vermittlung von theoretischem Wissen und praktische Schulungen helfen allen versorgenden Personen, den Prozess des Sterbens reflektiert und mit positiver Energie zu begleiten, und nimmt Stress von allen Beteiligten.

Das Wissen, dass ein im Rahmen eines natürlichen Sterbeprozesses sterbender Mensch nicht verhungert und verdurstet, wenn er aufhört zu essen und zu trinken, macht es emotional einfacher, in der Sterbephase die dann nicht mehr indizierte Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie zu beenden, um rein palliativmedizinische Maßnahmen zur Symptomlinderung in den Vordergrund zu rücken. Dies hilft Fehlbehandlung durch eine unreflektierte und nicht (mehr) indizierte Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende zu vermeiden, die dann, statt Wohltun und fürsorglich zu begleiten, die Symptomlast in der Sterbephase steigert (Tab. 1).

Das Wissen sowohl um die ethischen und rechtlichen Basics als auch um die medizinischen Besonderheiten in der Versorgung von *Menschen mit Sterbewunsch* (hier: FVNF) hilft medizinischen Mitarbeiter:innen, professionelle Distanz zu wahren (Ärzt:innen wie Pflegekräfte). Dies ermöglicht den reflektierten Umgang mit einem für alle beteiligten Personen emotional belastenden Thema und damit eine gleichermaßen professionelle wie fürsorgliche Begleitung, die getragen ist von dem

Gedanken, Selbstbestimmung bis in den Tod zu ermöglichen, auch wenn die gewählte Vorgehensweise unter Umständen nicht den eigenen moralischen Wertvorstellungen entsprechen sollte (Tab. 2).

Mit diesem Wissen können wir sowohl Menschen in der Terminalphase ihres Lebens als auch Menschen mit Sterbewunsch (hier: FVNF) in der Sterbephase auch beim Thema Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie gleichermaßen professionell, fürsorglich und einfühlsam begleiten.

Korrespondenzadresse



© Privat

Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und
Intensivmedizin, Medizinische Universität
Innsbruck
Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Interessenkonflikt. J. Schaber, S. Fruhwald, H. Dier, B. Sitter, C. Bodinger, S. Rajsic, B. Stöger Müller, S. Mathis, B. Wallner, R. Fantin, A. Steinwendtner, B. Hetzer und B. Friesenecker geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. 2021. www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin. Accessed 20.1.2026.
2. Erbguth F. Sicht der Wissenschaften und Religionen – Medizin. In: Wittwer H, Schäfer D, Frewer A, editors. Handbuch Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik. 2. Auflage ed. Berlin: J.B. Metzler; 2020. pp. 51–62.
3. Groß D, Grande J. Sterbeprozess medizingeschichtlich. In: Wittwer H, Schäfer D, Frewer A, editors. Handbuch Sterben und Tod: Geschichte – Theorie – Ethik. 2. Auflage ed. Berlin: J.B. Metzler; 2020. pp. 89–96.
4. Oberholzer R, Strasser F. Ernährungsprobleme. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L, editors. Lehrbuch der Palliativmedizin. 3. Aufl ed. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2012.
5. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. JAMA. 1994;272:1263–6.
6. Gaser E, Meissner W, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Nutrition and fluid management in palliative medicine: do food and drink keep body and soul together? Anaesthesist. 2012;61(1):63–8.
7. Sutcliffe J, Holmes S. Dehydration: Burden or Benefit to the Dying Patient? Journal of Advanced Nursing. 1994;19(1):71–6.
8. Carter AN. "To What Extent Does Clinically Assisted Nutrition and Hydration Have a Role in the Care of Dying People?". Journal of Palliative Care. 2020;35(4):082585972090742. <https://doi.org/10.1177/0825859720907426>.
9. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart A, Roden C, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024;73:177–85.
10. Gärtner J, Müller L. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) Ein Fall von „Sterbefasten“ wirft Fragen auf. Schweizerische Ärztezeitung. 2018;99(21):675–7.
11. Stängle S, Schnepf W, Büche D, Häuptle C, Fringer A. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse über die Betroffenen, den Verlauf und die Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus einer standardisierten schweizerischen Gesundheitsbefragung. Zeitschrift für medizinische Ethik. 2019;65(3):237–48.
12. Hoekstra NL, Strack M, Simon A. Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2015;16(02):68–73.
13. Feichtner A. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine Alternative zum assistierten Suizid. In: Palliativpflege für Pflege- und andere Gesundheitsberufe. Stuttgart: Thieme; 2022.
14. Sterbepflichtengesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048.html; zuletzt geöffnet am 19.1.2026
15. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Therapiezieländerung auf der Intensivstation. Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerzther. 2013;48:216–23.
16. Coors M. Der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) Eine Alternative zur Suizidhilfe? In: Coors M, Faar S, editors. Seelsorge bei

Starvation and Dehydration at the End of Life. With Special Consideration of Voluntary Refusal of Food and Fluids

Starvation and dehydration at the end of life are controversial topics in various contexts, both within the medical community and among patients and their relatives and friends. This paper aims to raise awareness of an issue for which treatment teams and relatives and friends are still poorly trained and which is often insufficiently addressed in clinical practice. On the one hand, this leads to the mistreatment of patients with an unnecessarily increased symptom burden during the dying process and, on the other hand, it is also a source of conflict within the treating teams and with and between relatives and loved ones.

Keywords

Medical ethics · Palliative care · Dying process · Nutritional therapy · Fluid therapy

- assistiertem Suizid – Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis. Zürich: Theologischer Verlag Zürich; 2022. pp. 109–27.
17. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. Zur Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) – Handreichung der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 2022. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_220713_Broschuere_FVET_online.pdf. Accessed 20.1.2026.
18. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. 2022. www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf. Accessed 20.1.2026.
19. Feichtner A, Weixler D, Birkblauer A. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. Wien Med Wochenschr. 2018;168:168–76.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Interventionen für Menschen in Palliativpflege 2018. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89/chapter/Recommendations#interventions-for-people-having-palliative-care>. (Zuletzt geöffnet am 20.1.2026)
21. Bickhardt J, Hanke R. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Eine ganz eigene Handlungsweise. Deutsches Ärzteblatt. 2014;111(14):590–2.
22. Borasio G. Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen können. München: C.H. Beck; 2011.
23. FHS St. Gallen Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Checkliste FVNF https://www.researchgate.net/profile/Sabrina-Staengle/publication/337049742_Checkliste_Freiwilliger_Verzicht_auf_Nahrung_und_Fluecssigkeit_FVNF/data/5dc26f96299bf1a47b191601/FVNF-Checkliste-DE.pdf?origin=publication_detail&tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6ImNpZ251cCIsInBhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbkRvd25sb2FkiwiChJldmVdXNQYWdlloicHViGjYXRpb24ifX0. (zuletzt aufgerufen am 20.1.2026)
24. Zimmermann M, Zimmermann R. Lebenssatt! Theologisch-ethische Überlegungen zum „Sterbefasten“/Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Zeitschrift für Evangelische Ethik. 2020;64(1):37–52.
25. Kruskemper W, Hofmeister U, Stähli A. (Freiwilliger) Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Überlegungen und mögliche Angebote aus der Praxis. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2016;17(06):284–7.
26. National Institute for Health and Care Excellence. Interventionen für Menschen in Palliativpflege. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89/chapter/Recommendations#interventions-for-people-having-palliative-care>. Accessed 20.1.2026.
27. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2012;6(3):365–70.
28. Mackenzie C, Stoljar N, editors. Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. online edn ed. New York, NY: Oxford Academic; 2023. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195123333.001.0001>.
29. Fringer A. Die Sichtweise der Wissenschaft. In: Eychmüller S, Amstad H, editors. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende. Bern: SGBE Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik; 2015. pp. 11–26.
30. Neuenschwander H. Was sagt die klinische Praxis? In: Eychmüller S, Amstad H, editors. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende. Bern: SGBE Schweizerische Gesellschaft für Biomedizinische Ethik; 2015. pp. 47–56.
31. Flidner MC, Mitchell G, Eychmüller S. Development and use of the 'SENS'-structure to ensure a holistic approach to palliative care. BMC Palliative Care. 2019;18:12.
32. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2019) https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf. (Zuletzt geöffnet am 19.1.2026)
33. Masel EK, Berghoff AS, Schur S, Maehr B, Schrank B, Simanek R, et al. The PERS(2)ON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study. Eur J Cancer Care. 2016;25(4):544–50. <https://doi.org/10.1111/ecc.12419>.
34. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166(10):1338–44. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>.
35. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001;29(12):2258–63.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.