

Mit Sterbefasten das Leben selbstbestimmt beenden

Informationen für die Praxis

Dieter Birnbacher
Christian Walther
Christiane zur Nieden
Hans-Christoph zur Nieden

Internetveröffentlichung Januar 2023

Inhalt

Vorbemerkung	3
Das Leben durch Sterbefasten beenden	4
Die Entscheidung zum Sterbefasten	5
Die Rolle der Angehörigen	7
Wer kommt für eine professionelle Begleitung in Frage?	8
Dokumentation des Sterbewillens	12
Sterbefasten und Demenz	12
Literatur zur Vertiefung	14
Anhang 1: Verfügung	17
Anhang 2: Pflegetipps	19
Autoren / Copyright / Erstveröffentlichung	21

Vorbemerkung

Seit 2010 hat man im deutschsprachigen Raum begonnen, sich mit dem Thema „Sterbefasten“ zu beschäftigen, zunächst in Büchern, dann auch in Fachbeiträgen und öffentlichen Verlautbarungen.¹ Es bestehen jedoch noch immer Unsicherheiten darüber, was es mit dieser Möglichkeit eines vorzeitigen, selbstbestimmten Sterbens auf sich hat, welche Bedeutung ihr neben dem Abbruch einer lebenserhaltenden medizinischen Behandlung oder einer assistierten Selbsttötung zukommt und wie sie ethisch zu bewerten ist.

2019 stellte ein Autorenteam der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in einem Positionspapier fest: „Der Entschluss einer entscheidungsfähigen Patient*in durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken aus dem Leben zu scheiden, ist Ausdruck von Selbstbestimmung...“² Diese Einschätzung bezog sich allerdings nur auf Menschen, die schon schwer krank sind und in der Regel keine lange Lebenserwartung haben. Damit wollte man offenbar auch der Möglichkeit vorbeugen, dass Ärzte, Pflegefachpersonen und andere, die wiederholt bei einem Sterbefasten unterstützend mitwirken, durch den inzwischen vom Bundesverfassungsgericht aufgehobenen § 217 StGB „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ bedroht würden.

Die bislang veröffentlichten ca. 80 Fallbeispiele zeigen jedoch, dass die Mehrzahl derer, die durch ein Sterbefasten – meist friedlich – vorzeitig aus dem Leben schieden, nicht schon sterbenskrank waren. Gründe für ihren Sterbewunsch waren u. a. fortgesetzte Leidenszustände, ausgeprägte Gebrechlichkeit oder auch Lebenssattheit. Manche wollten nicht noch in ein Pflegeheim übersiedeln, oder sie kamen über den Verlust des langjährigen Lebenspartners nicht hinweg.³

Sterbefasten kann in Ländern wie Österreich, in denen die Beihilfe zur Selbsttötung sehr restriktiv geregelt ist, eine – meist unwillkommene – Alternative zu einer Selbsttötung mit Medikamenten sein. Was Deutschland betrifft, so lässt sich bei Abfassung dieses Textes noch nicht absehen, wie liberal bzw. konservativ die geplante Neuregelung der Suizid-assistenz aussehen wird. Andererseits kennen wir aus der Schweiz mehrere Beispiele dafür, dass sich Menschen zum Sterbefasten entschlossen haben, weil sie darin eine für sie stimmigere Perspektive als bei einem assistierten Medikamenten-Suizid sahen, obwohl ihnen diese Möglichkeit dank der dort seit langem sehr liberalen Regelung von Suizidhilfe offengestanden hatte.

1 Die Autoren danken den vielen Personen, die sie mit hilfreichen Anmerkungen zu vorläufigen Fassungen des Textes unterstützt haben.

2 Radbruch et al. 2019, 14.

3 Unser Wissen über das Sterbefasten beruht weitgehend auf Fallberichten. Für eine weitere Erforschung des Themas sind solche Berichte außerordentlich hilfreich. Leser, die Berichte anbieten können, werden gebeten, sich an <https://www.sterbefasten.ch> zu wenden. Die Arbeitsgruppe von Prof. André Fringer arbeitet seit Jahren wissenschaftlich zu diesem Thema.

Es ist davon auszugehen, dass die Möglichkeit des Sterbefastens in Zukunft bekannter wird und mehr Wissen hierüber gefragt ist. Daher erschien es uns sinnvoll, hierzu wichtige Informationen verfügbar zu machen. Sie wollen denjenigen, die ein Sterbefasten für sich selbst in Erwägung ziehen oder bei einer ihnen nahestehenden Person für möglich halten, als Orientierung dienen, richten sich aber ebenso an diejenigen, die beruflich mit Fragen des Lebensendes und einer vorzeitigen Lebensbeendigung konfrontiert werden können und im Umgang mit dem Sterbefasten möglicherweise noch unsicher sind.

Für fundierte Informationen zu diesem Thema kann allerdings nicht auf die Lektüre von Fachbüchern und ggf. auch wissenschaftlichen Publikationen verzichtet werden. Unerfreuliche Verläufe des Sterbefastens sind, wie die veröffentlichten Fallbeispiele zeigen,⁴ zwar selten, kommen aber nicht zuletzt dann vor, wenn die Betroffenen glauben, auf Informationen zur Durchführung verzichten zu können.

Sterbefasten ähnelt vom Erscheinungsbild und vom Verlauf her einem „natürlichen“ Tod. Die Entscheidung dazu kann noch in den ersten (d. h. 3 bis 5) Tagen ohne gesundheitlichen Schaden rückgängig gemacht werden.⁵ Sterbefasten ist jedoch nicht für alle, die ihr Leben vorzeitig beenden wollen, ein zu empfehlender Weg. Schon deshalb soll hier nicht dafür geworben werden. Vielmehr wollen wir darüber aufklären, was ggf. zu berücksichtigen und zu tun ist, *wenn* jemand diesen Weg gehen will.

Letztlich muss jeder⁶ persönlich entscheiden, ob er diesen Weg wählt bzw. ob er jemandem dabei beistehen will oder nicht. Auf die moralische Dimension solcher Entscheidungen wird im Folgenden nicht eingegangen. Hier gibt es einen Pluralismus der Sichtweisen (siehe z.B. Coors et al. 2019), an dem sich auch künftig kaum etwas ändern dürfte.

Das Leben durch Sterbefasten beenden

Das eigene Leben bewusst und aus freiem Willen durch Sterbefasten zu beenden, unterscheidet sich von einer Selbsttötung mittels eines Medikaments oder einer physikalischen Methode durch seinen „passiven“ Charakter: Mit dem Verzicht auf Essen und Trinken überlässt sich der Sterbewillige quasi dem „natürlichen“ Verfall seiner Körperfunktionen. Wenn, wie in der großen Mehrheit der uns bekannten Fälle, irgendwann so gut wie nicht mehr getrunken wird, kommt es zum Nierenversagen, das wiederum zum Herzstillstand führt.

4 Vgl. Kaufmann/Trachsel/Walther, 2022; zur Nieren/zur Nieren, 2020.

5 Ein Pionier des Sterbefastens, Stanley Terman, hat dazu einen Selbstversuch von 4 Tagen unternommen, den er in seinem Buch *The Best Way to Say Goodbye* (2007) beschreibt

6 Der Lesefreundlichkeit zuliebe wird im Folgenden in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt alle Geschlechtsformen ein.

In der Fachwelt wird „Sterbefasten“ vorwiegend als „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ (FVNF) oder auch „Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ (FVET) bezeichnet. Diese Ausdrücke werden im Folgenden nicht verwendet. Abgesehen von ihrer Umständlichkeit lassen sie das Ziel der Handlungsweise, den Tod, unerwähnt. Das bequeme Wort „Sterbefasten“ bringt zwar den Trinkverzicht nicht zum Ausdruck, aber es bietet eine Alternative, die der Lebenssituation der betroffenen Menschen eher gerecht wird als die – auf viele abschreckend wirkende – Formulierung „Tod durch Verhungern und Verdursten“.

Eine unabdingbare Voraussetzung beim Sterbefasten ist, dass der Sterbewillige seinen Entschluss in voller Einsichtsfähigkeit trifft. Sterbefasten ist also nicht dasselbe wie der Verlust von Hunger- und Durstgefühl und der daraus folgende spontane Verzicht auf Essen und Trinken eines schwer kranken Menschen, der bald sterben wird und dessen Appetit aus physiologischen Gründen weitgehend erloschen ist. Einprägsam formuliert: „Beim Sterbefasten isst und trinkt jemand nicht mehr, weil er sterben will“ – anders, als wenn „jemand nichts mehr isst und trinkt, weil er stirbt“. Sterbefasten unterscheidet sich auch vom Verzicht auf Essen und Trinken bei Schluckbeschwerden, Übelkeit, Appetitmangel oder Magersucht. Vielmehr gehört es zur Definition des Sterbefastens, dass der Sterbewillige noch in der Lage ist, Essen und Trinken – zumindest mit fremder Hilfe – zu sich zu nehmen.⁷

Die Entscheidung zum Sterbefasten

Sterbefasten ist keine bequeme Art des selbstbestimmten Sterbens. Auch deshalb stellt sich zunächst die Frage, wie sicher man sich ist, wirklich sterben zu wollen. Wie gut begründet ist dieser Entschluss? Bei länger bestehenden wie auch bei erst kürzlich entstandenem schweren körperlichen Leiden ohne Aussicht auf Heilung steht immer im Raum, dass einem – u. a. mit den Mitteln der moderne Palliativmedizin – noch für einige Zeit ein nicht zu beschwerliches und möglicherweise erfülltes Leben bleibt.

Auf der anderen Seite ist auch zu prüfen, ob durch eine Wiederbelebung sozialer Kontakte dem Leben neue Impulse gegeben werden können, die einem über das Leiden hinweghelfen. Grundsätzlich kann man nicht ausschließen, dass bei manchen Patienten zunächst unklar ist, ob ihr Entschluss, das Leben zu beenden, wirklich freiverantwortlich getroffen wurde. Beispiele sind uns dazu bisher jedoch nicht bekannt; ggf. würde dann die Freiverantwortlichkeit durch einen psychiatrisch erfahrenen Arzt zu überprüfen sein.

⁷ Wird ein Patient – z.B. nach einem Schlaganfall – durch eine Magensonde versorgt, kann er verlangen, dass deren Nutzung eines Tages eingestellt wird, um so das Leben vorzeitig zu beenden. Da es sich hierbei um einen Behandlungsabbruch mit Änderung des Therapieziels handelt, sind Ärzte und Pflegende ggf. verpflichtet, die nötigen Maßnahmen für eine Mundpflege durchzuführen bzw. zu veranlassen. Beim Sterbefasten dagegen kann eine Begleitung wegen moralischer Bedenken abgelehnt werden.

Ärzte und Pflegefachpersonen, die viel mit Hochbetagten zu tun haben, erleben nicht selten, dass jemand irgendwann darüber zu reden beginnt, er wolle endlich sterben, aber bald davon nichts mehr wissen will. Dies ist dann teilweise als ein Hilferuf zu interpretieren, so dass sich u.U. dadurch herausfinden lässt, was dem Patienten zu schaffen macht; mit Glück kann dem dann abgeholfen werden. Es kann sich aber auch um eine schwankende Stimmungslage handeln – ein Zustand, der eine tragfähige Entscheidung zum Sterbefasten ebenfalls nicht zulässt. Dennoch kommt es vor, dass solch ein Patient irgendwann später ohne Vorankündigung und vielleicht eher spontan das Essen und Trinken immer weiter reduziert und dann schließlich ganz einstellt, so dass dies dann zum Tode führt.

Um ein Sterbefasten gut durchstehen zu können, muss man fest davon überzeugt sein, dass dies der „richtige Weg“ ist. Nötig ist eine ausgesprochene Willensstärke sowie ein starkes Durchhaltevermögen. Die Herausforderung, die der Sterbefastende bewältigen muss, ist nicht der Verzicht aufs Essen, sondern das Einstellen des Trinkens. Wie allgemein durch das Fasten bekannt, vergeht das Hungergefühl schon nach zwei Tagen. Außerdem werden durch den Nahrungsverzicht Endorphine (körpereigene Morphin-ähnliche Substanzen) aktiviert, die zu gehobener, zuweilen euphorischer Stimmung führen.

Nach wenigen Tagen stellt sich ein Durstgefühl ein, das sich bei den meisten – je betagter desto später – etwa bis zum 5./7. Tag auf ein Maximum steigert. Im Mund-, Rachen- und Halsraum befinden sich Rezeptoren, die dem Gehirn die zunehmende Austrocknung der Schleimhaut signalisieren und die Empfindung „Durst“ auslösen. Daher ist eine kontinuierliche Mundbefeuchtung und -pflege, z. B. mit Sprühstößen Wasser unabdingbar.⁸ Der Sterbende hat mit der Dosierung der aufgenommenen Flüssigkeit die Möglichkeit, auf die Erträglichkeit der Symptome Einfluss zu nehmen, was sich ggf. aber verlängernd auf die Sterbedauer auswirken kann. Eine radikale Reduktion der Flüssigkeitsmenge auf ca. 50 ml pro Tag führt am schnellsten zum Tod.

Die Vielfalt der Erfahrungsberichte zum Sterbefasten zeigt eine große Bandbreite bei der Art, wie der Flüssigkeitsverzicht gehandhabt wird. Es kommt sogar vor, dass überhaupt nicht auf das Trinken verzichtet wird. Es kann dann viele Wochen dauern, bis der Tod eintritt. Dies kann – muss aber nicht – für diejenigen belastend werden, die das Sterbefasten begleiten. Generell ist davon auszugehen, dass bei Vorliegen einer schweren Erkrankung das Sterbefasten schneller zum Tode führt als bei noch mehr oder minder Gesunden. Bei diesen liegt die Dauer des Sterbefastens – sofern wirklich konsequent auf Flüssigkeit verzichtet wird – bei etwa 10 bis 14 Tagen.

Unsicherheit besteht bei der Frage, ob Sterbefasten eigentlich nur für Hochbetagte zumutbar ist. Bei der Mehrzahl der berichteten Fälle von Sterbefasten beträgt das Alter über 70 Jahre. Aufgrund einer Studie an Gesunden, in der eine geringere Dursttoleranz

⁸ Siehe die Pflgeetipps in Anhang 2.

bei Jüngeren (20-30 J.) im Vergleich zu Älteren (ca. 70 J.) festgestellt wurde,⁹ könnte man folgern: Je älter ein Sterbewilliger, desto geringer ist für ihn das beim Sterbefasten zu erwartende Durstproblem. Auch die generelle Erfahrung mit dem nachlassenden Bedürfnis alter Menschen, etwas zu trinken, weist in diese Richtung. Gelegentliche Beispiele von Menschen zwischen 50 und 75 Jahren sprechen allerdings nicht dafür, dass diesen das Sterbefasten besonders schwerfällt. Mit Sicherheit ist hierbei der Gesundheitszustand der sterbewilligen Person zu berücksichtigen.

Es ist zu vermuten, dass zumindest manche Formen von Erkrankung den Prozess erleichtern sowie zu kürzeren Verläufen führen. Zu Versuchen von sehr jungen Personen (etwa 20 bis 40 Jahre; gesund oder krank), das Leben durch Sterbefasten zu beenden, kommt es nach unserer Kenntnis nur selten. In solchen Fällen muss eine Unterstützung im Allgemeinen als problematisch gelten. In Konfliktfällen ist ein Ethikkomitee sinnvoll.

Die Rolle der Angehörigen

Vor allem, wenn Sterbefasten im familiären Umfeld stattfinden soll, bedarf es einer kontinuierlichen, frühzeitigen Kommunikation zwischen dem Sterbewilligen und seinen Angehörigen.

Die Auseinandersetzung über eine eventuelle vorzeitige Beendigung des Lebens ist ein langwieriger Prozess, den sowohl der Sterbewillige als auch die Angehörigen durchlaufen müssen. Das führt in der Regel auch zu intensiven Rückmeldungen der Befindlichkeiten auf beiden Seiten. Es kann sich im Diskussionsprozess das Sterbefasten dann als der richtige Weg herauskristallisieren. Damit ergibt sich eine gute Chance, dass das Vorhaben zu einem gemeinsamen Gelingen führt.

Leider besteht nicht immer eine Aussicht hierauf, und einige Sterbewillige haben Bedenken, ihre Angehörigen in ihre Überlegungen einzuweihen. Solche Bedenken können berechtigt sein, etwa wenn sich der Sterbewillige seiner Familie seit längerem entfremdet hat oder wenn er vermuten muss, dass seine Angehörigen sein Ansinnen für so wenig akzeptabel halten, dass sie nichts unversucht lassen, ihn davon abzubringen.

Manche Angehörige möchten zwar dem Sterbewilligen im Grunde seinen Wunsch erfüllen, haben aber moralische Probleme mit der suizidalen Intention von Sterbefasten. Es kann ihnen jedoch gelingen, ihre Bedenken hintanzustellen, wenn sie sich klar machen, dass ihre Hilfe beim Sterbefasten ähnlich ist, wie wenn sie jemandem im natürlichen Sterbeprozess beistehen.

Überdies kann sich für einen Angehörigen die Aufgabe ergeben, die Wünsche des Sterbenden gegenüber Dritten (etwa in einer Klinik oder einem Pflegeheim) zu vertreten,

⁹ Phillips, P. A. et al.: Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *New England Journal of Medicine* 311 (1984), 753-759.

insbesondere, wenn dieser sich zu schwach fühlt, sie selbst zu äußern. Andererseits ist Angehörigen, die zu einem beabsichtigten Sterbefasten nicht Ja sagen können, dringend abzuraten, sich dennoch an der Betreuung zu beteiligen, da dies für sie wie für den Sterbenden zu großen Belastungen führen kann.

Bis auf wenige Tage vor dem Eintritt des Todes ist der Sterbewillige meist noch bei vollem Bewusstsein und geistig klar. Er nimmt sowohl die Beschwerlichkeit seines Wegs als auch die Hilfe und Zuwendung der Begleitenden wahr. Im Idealfall kann der Prozess des Sterbefastens zu einer erfüllenden Zeit des harmonischen Abschiednehmens genutzt werden, was später die Trauerarbeit für die Angehörigen sehr erleichtert. Trotzdem ist dieser Weg kein einfacher, denn nicht nur der Sterbewillige, sondern auch die Angehörigen erleben seinen körperlich-geistigen Verfall „hautnah“ bis zum Ende mit.

Ähnlich wie beim natürlichen Sterbeverlauf kommt es auch beim Sterbefasten im späteren Verlauf manchmal zu einer oder auch mehreren unruhigen Phasen, gelegentlich von nur wenigen Minuten, selten von mehr als einem oder zwei Tagen. Diese können mit Medikamenten abgemildert oder beendet werden. Äußert der Patient in solch einer Situation Wünsche, so sollten die Angehörigen bzw. die beruflich Pflegenden sensibel darauf eingehen.

Dies ist vor allem dann für beide Seiten entlastend, wenn der Patient darum bittet, etwas zu trinken zu erhalten.¹⁰ Allerdings ist nicht auszuschließen, dass es auch beim einem Sterbefasten zu einem Delir kommt – das umgehend kompetent behandelt werden sollte –, jedoch wohl kaum öfter als beim Sterben aufgrund einer Erkrankung.

Oft ist das Miterleben des Prozesses des Sterbefastens für die Angehörigen eine Erfahrung, für die sie im Nachhinein dankbar sind. Manchmal ist es für sie aber auch eine schwere Belastung. Sie sollten dann nach dem Tod des Sterbewilligen bei der Aufarbeitung des Geschehenen umsichtig begleitet werden.

Wer kommt für eine professionelle Begleitung in Frage?

Es kommt gelegentlich vor, dass jemand das Leben durch Sterbefasten ohne Unterstützung durch professionelle Kräfte ohne größere Probleme beendet. Generell empfiehlt es sich jedoch, möglichst bereits bei der Entscheidungsfindung den Haus- oder Heimarzt einzubeziehen und sich seiner Unterstützung zu versichern. Dieser kann z. B. beurteilen, welche Medikamente aus einer laufenden Behandlung ein Patient zu Beginn des Sterbefastens absetzen sollte und welche eventuell in Betracht kommen, um ihm in schwierigen Phasen das Festhalten an seinem Vorsatz zu erleichtern. Allerdings wird nicht jeder Arzt hierzu bereit sein.

¹⁰ Bei einem Delirium (kurz Delir) handelt es sich um einen somatisch bedingten Verwirrheitszustand; die Betroffenen verstehen ihre Situation nicht mehr. Solche Zustände sind im normalen Sterbeprozess nicht selten; sie können auch beim Sterbefasten auftreten, aber in den uns vorliegenden ca. 80 Fallberichten kam dies sehr selten vor (ca. 1- 2 %).

Zudem ist die Unterstützung durch professionell Pflegende sinnvoll, zumindest dann, wenn begleitende Angehörige sich nicht bereits eingehend über Maßnahmen zur Mundpflege informiert haben. Pflegerische Unterstützung kann auch nötig werden in der Endphase des Sterbefastens, falls z. B. eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nötig wird und die pflegenden Angehörigen dann auch Auszeiten benötigen. Hier kann auch ein ambulanter Hospizdienst zu Hilfe kommen.

Womit darf oder muss man rechnen, wenn man um professionelle Unterstützung beim Sterbefasten bittet? Obwohl das Thema im Laufe der letzten zehn Jahre zunehmend in die Diskussion gekommen ist, muss man sich darüber im Klaren sein, dass fundiertes Wissen über Sterbefasten, erst recht aber konkrete Erfahrungen damit nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden können. Gegebenenfalls wird das jeweilige Gegenüber das Sterbefasten im Rahmen seiner eigenen Erfahrungen mit älteren Menschen sehen und beurteilen, also einer Mischung recht unterschiedlicher Vorstellungen und Wünsche. Der Sterbewillige kann auf ein empathisches Eingehen hoffen; aber einen Leistungsanspruch geltend machen kann er nicht.

Immer wieder werden dann auch moralische Vorbehalte zu hören sein. Es ist damit zu rechnen, dass etwa gefragt wird, ob Sterbefasten nicht eine Selbsttötung sei (zumindest eine „passive“ Selbsttötung¹¹) und ob man denn bei bzw. zur Selbsttötung helfen dürfe. Dennoch ist zu hoffen, dass von den Ärzten viele auch trotz solcher Vorbehalte zur Unterstützung bereit sind und ggf. in schwierigen Situationen den Patienten unverzüglich aufsuchen. Rechtliche Hindernisse bei der Unterstützung gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz nicht. Umgekehrt würde eine Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gegen den Willen des Sterbewilligen einen rechtswidrigen Eingriff in dessen Körpersphäre bedeuten.

Sofern jemand noch zuhause oder in einem Heim leben bzw. medizinisch versorgt werden kann, wird er versuchen, den Haus- bzw. Heimarzt für die Unterstützung zu gewinnen. Während man hierbei einige Aussicht auf Erfolg hat, ist mit Widerständen zu rechnen, wenn man sich eigens zum Sterbefasten in eine Klinik oder, was näherliegt, in ein stationäres Hospiz aufnehmen lassen möchte. Lediglich für Patienten, die bereits in einer Klinik behandelt werden und sich aus dieser Situation heraus zum Sterbefasten entscheiden, bestehen Chancen, dort bleiben zu können. Sie werden dann vielleicht in eine Palliativstation verlegt werden und dort Unterstützung – auch seelische – finden. Sie könnten aber schließlich von dort zum Sterben in ein Hospiz überwiesen werden.

Generell sind Palliativstationen keine Sterbeorte; vielmehr geht es dort oft um spezielle Maßnahmen wie die Optimierung von Schmerzbehandlung für Patienten, die danach entlassen oder rückverlegt werden. Man kann auch versuchen, das vor Ort tätige ambulante Palliativteam (SAPV, Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung) mit

11 Vgl. Birnbacher 2015.

einzubinden. Dessen Unterstützung wird – jedenfalls in Deutschland – vom Hausarzt vermittelt.

Im klinischen Alltag verläuft vieles nach eingespielten, weitgehend reibungslos funktionierenden Regeln. Da man hier bisher nur selten mit Menschen, die durch Sterbefasten ihr Leben beenden möchten, zu tun bekommt, dürften die Reaktionen der Behandlungsteams auf solch einen Wunsch fallweise sehr variieren.

Zwar hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) 2019 in dem erwähnten Positionspapier¹² detaillierte Empfehlungen zum Umgang mit solchen Patienten gegeben und den Ärzten ans Herz gelegt, diese zu unterstützen – jedenfalls dann, wenn sie schwer krank sind. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass diese Stellungnahme bislang von vielen Ärzten zur Kenntnis genommen worden ist. Das trifft vermutlich auch auf eine 2022 bei der DGP online angebotene Handreichung zu pflegerischen Aspekten zu.¹³ Auch für Österreich liegt aus der Palliativmedizin eine Stellungnahme zum Sterbefasten vor.¹⁴ Aus der Schweiz gibt es orientierende Hinweise zu diesem Thema seitens der SAMW in deren Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod.¹⁵

Die DGP konstatiert in ihrem Positionspapier zwar, ein Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken sei keine Selbsttötung (folglich dürfe auf dem Totenschein auch „natürlicher Tod“ angegeben werden). Anders sieht das aber z.B. die Katholische Kirche: Die Deutsche Bischofskonferenz bewertet Sterbefasten klar als Selbsttötung. Unter gewissen Voraussetzungen wird zwar eine Unterstützung des Sterbefastenden toleriert, aber jedwede positive Darstellung des Themas wird abgelehnt.¹⁶ Von der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) liegt bisher keine Stellungnahme vor.

Es bleibt zu hoffen, dass nicht zuletzt dank der allmählich weniger restriktiven Linie von Bundes- wie Landesärztekammern bei der assistierten Selbsttötung (deren Verbot durch die Berufsordnungen inzwischen wieder zurückgenommen wurde) sich Ärzte immer öfter über eventuelle Bedenken, Sterbefasten sei Suizid, hinwegsetzen. Das Thema sollte nunmehr auch zunehmend in Fortbildungen einbezogen werden. In einigen neueren Lehrbüchern der Palliativmedizin wird es bereits berücksichtigt.

In stationären Hospizen arbeiten außer Ärzten und Pflegenden z. T. auch ehrenamtliche Helfer mit. Die Sichtweisen und Mentalitäten der im Hospizwesen Engagierten sind recht vielfältig. Einige Hospizhelfer werden gerne helfen, andere dies jedoch aus religiösen bzw. weltanschaulichen Gründen ablehnen. Wenn der Patient Glück hat, geht man im Hospiz-

12 siehe oben FN 2.

13 Zur Begleitung beim Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) – Handreichung der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. 2. Aufl. Juli 2022. <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/sektion-ernaehrung-der-dgp-veroeffentlicht-handreichung-zur-begleitung-beim-fvet.html>

14 Feichtner et al. 2018.

15 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2018/2020.

16 Die deutschen Bischöfe. Pastoralkommission: „Bleibt hier und wacht mit mir!“ (Mt 26,38). Palliative und seelsorgliche Begleitung von Sterbenden. 23. 2. 2021. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/0c9b74b8e6b4d5d0f744c58af90ea8b2/DBK_1251.pdf.

Team tolerant mit seinem Wunsch um, d. h. es wird darauf verzichtet, alle Mitglieder auf eine – ablehnende oder zustimmende – Linie festzulegen, so dass sich einige aus dem Team um den Sterbewilligen kümmern werden.

Da nicht absehbar ist, dass sich die kirchlichen sozialen Dienstleistungsorganisationen (Caritas und Diakonisches Werk) in Zukunft zum Sterbefasten positionieren werden,¹⁷ müssen die von ihnen Beschäftigten (in der Medizin, der Pflege oder im Hospizwesen) jeweils selbst entscheiden, ob sie zur Unterstützung beim Sterbefasten bereit sind oder nicht. Dazu sind vor allem Team-Coaching und Fallbesprechungen wichtig. Wer diese leitet, sollte am besten bereits über Erfahrungen mit dem Sterbefasten verfügen.

Bei Pflegekräften, die in der stationären wie in der ambulanten Pflege arbeiten und hierzu aus Ländern zu uns gekommen sind, die sich kulturell deutlich von denen Mitteleuropas unterscheiden, kann man nicht voraussetzen, dass sie ohne weiteres bereit sein werden, beim Sterbefasten mitzuwirken. Bei Pflegeheimen kommen weitere mögliche Erschwerungen hinzu. Vielfach werden die Angehörigen ein Recht geltend machen, zum Vorhaben des Sterbefastens gehört zu werden und sich einer Unterstützung dann womöglich widersetzen. Oder es ist zwischen Pflegenden und Patient mit der Zeit ein enges empathisches Verhältnis entstanden, das es den Pflegefachpersonen erschwert, den Patienten vorzeitig „gehen zu lassen“. Deshalb, aber auch falls ein sich lange hinziehendes Sterbefasten für die oft bis zum Rand ausgelasteten Pflegeheime zusätzliche Arbeit bedeutet, wäre es hilfreich, Unterstützung von einem ambulanten Hospizdienst zu erhalten.

In jedem Fall empfiehlt sich vor jeder Betreuung eines Sterbefastenden eine Teambesprechung. Von Pflegenden und Betreuenden wird die Begleitung des Sterbefastens möglicherweise als dramatisch und beunruhigend erlebt, vor allem, wenn sie mit solch einer Situation zum ersten Mal konfrontiert sind. Es empfiehlt sich dann eine akute Fallbesprechung im Team oder im Rahmen der Supervision. Es kann aber auch vorkommen, dass man in einem Heim wegen diverser Bedenken und Gründe dem Wunsch, beim Sterbefasten unterstützt zu werden, nicht nachkommen wird. Eventuell kann dann die Überführung des Sterbewilligen in eine private Wohnung die Lösung sein. Grundsätzlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Patient, der in einem Heim mit dem Sterbefasten begonnen hat und bei dem dann ein medizinisches Problem auftritt, in eine Klinik verlegt wird, obwohl dies vom Patienten nicht gewünscht ist und nicht nötig wäre. Dies alles soll weder Patienten noch Heimleitungen entmutigen. Vielmehr haben wir vereinzelte, durchaus positive Berichte über Sterbefasten in Heimen. Erhebungen in der Schweiz haben ergeben, dass dort nahezu 100% der Verantwortlichen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten den Patienten das Recht zugestehen, durch Sterbefasten aus dem Leben zu scheiden. Auch die meisten Hausärzte stimmten dem zu, hatten dabei aber eher moralische Bedenken als Pflegenden.¹⁸

17 Persönliche Mitteilungen an Christian Walther.

18 Stängle et al: Experiences, Personal Attitudes, and Professional Stances of Swiss Health Care Professionals Toward Voluntary Stopping of Eating and Drinking to Hasten Death: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pain Symptom*

Man kann allerdings diese Ergebnisse aus der Schweiz nicht einfach auf Deutschland oder Österreich übertragen. Zumindest bei einem Punkt dürfte dies jedoch zutreffen: Es zeigte sich nämlich auch, dass diejenigen, die ein Sterbefasten zumindest einmal begleitet haben, sich danach in ihrer grundsätzlichen Zustimmung sicherer waren.¹⁹ Eine frühere Erhebung bei Haus- und Palliativärzten in Deutschland ergab eine relativ hohe Zustimmung zum Sterbefasten, zeigte aber auch, dass diese geringer ist, wenn es sich nicht um schwer kranke Personen handelt.²⁰

Häufig spielen auch die Motive und Situationen eine Rolle, aus denen heraus jemand sein Leben vorzeitig beenden will. Bei den Fallberichten überwiegen keineswegs Patienten, die durch schwere Erkrankung dem Tode nahe sind. Allerdings ist gerade dann am ehesten mit der Bereitschaft zur Hilfe zu rechnen. Eine griffige Formel wäre: „Je gesünder, desto schwieriger“. Wenn jemand in ein Pflegeheim wechseln will und sich mit dem Gedanken trägt, das Leben dort später einmal durch Sterbefasten zu beenden, sollte er unbedingt versuchen, sich vorab von dessen Leitung die spätere Unterstützung zusichern zu lassen.

Dokumentation des Sterbewillens

Um den eigenen Willen zu dokumentieren, aber auch, um diejenigen, die den Prozess des Sterbefastens begleiten, abzusichern, empfiehlt es sich für den Sterbewilligen, vor Beginn des Sterbefastens in einer Verfügung – auch zusätzlich zu einer bereits vorhandenen Patientenverfügung – seinen Entschluss zum Sterbefasten festzuhalten. Dadurch werden diese von ihrer eventuellen Pflicht zum rettenden Eingreifen entbunden. Die Gültigkeit der Verfügung in rechtlicher Hinsicht sollte durch einen Zeugen bestätigt werden. Zudem sollte festgehalten werden, ob der Sterbewillige möchte, dass ihm während des Prozesses des Sterbefastens Nahrung und Flüssigkeit unaufdringlich angeboten werden. Auch ist für den Fall, dass er irgendwann den starken Wunsch nach etwas zu trinken verspürt und dies spontan äußert, festzuhalten, ob man diesem Bedürfnis nachgeben sollte oder nicht und ihn darauf aufmerksam macht, dass er den Sterbeprozess damit verlängern würde. Im Anhang findet sich ein Formular zum Ausfüllen, das den o.a. Ansprüchen genügen dürfte und auch die vorstehenden Punkte berücksichtigt.

Sterbefasten und Demenz

Wenn jemand merkt, dass er auf eine Demenz zusteuert oder sogar die Diagnose bereits erhalten hat, könnte ihn dies veranlassen, das Leben vorzeitig zu beenden. Zwar würde sich ein Sterbefasten in dieser Situation vielleicht wie ein natürliches Schwinden der Kräfte und somit gewissermaßen stimmig darstellen, aber es kommt dann sehr darauf an, dass

Management 61 (2021), 270-278.

19 Stängle et al. 2020. Wir haben allerdings auch Hinweise erhalten, dass dies auf Pflegekräfte nicht immer zutrifft.

20 Hoekstra et al. 2015.

man damit nicht noch eine Weile zuwartet. Andernfalls könnte das Sterbefasten sehr schwierig oder sogar unmöglich werden – vor allem, wenn der Patient vergisst, warum er nicht mehr essen und trinken „soll“.

Es stellt sich angesichts einer Demenz auch die Frage, ob man in einer Patientenverfügung im Voraus beschließen kann, dass man zu einem späteren Zeitpunkt, zu dem man nicht mehr einwilligungsfähig ist, ein Sterbefasten durchführen wird. Man könnte dann die erste Zeit in Demenz, die nicht selten eher positiv erfahren wird, noch erleben, aber nach Fortschreiten der Erkrankung das Leben vorzeitig durch Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung beenden. Dies ist jedoch schon deshalb nicht möglich, weil Sterbefasten geradezu darüber definiert ist, dass der Sterbewillige wirklich weiß, wozu er sich entscheidet und alle dafür relevanten Informationen versteht. Im Zustand fortgeschrittener Demenz kann er dies jedoch nicht mehr. Es müssten andere, also Angehörige oder/und Pflegende über die Umsetzung des früheren Wunsches entscheiden und ggf. die Verantwortung dafür übernehmen, dass der Patient so verstirbt.

Hier ist im Übrigen auf die Grenzen dessen, was in einer Patientenverfügung gefordert werden kann, hinzuweisen: Laut Gesetz (§ 1901a BGB) erlaubt sie ausschließlich das Unterlassen medizinischer Maßnahmen; pflegerische Details können nicht verbindlich verfügt werden, schon gar nicht die sogenannte Basispflege abgelehnt werden, zu der die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört. Dennoch kann es sinnvoll sein (so, wie es z.B. Formulare der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben vorsehen), seine dahin gehenden Wünsche zu beschreiben. Eine der nächstliegenden Möglichkeiten ist die Bitte, dass dann, wenn man erkennbar keine Lust mehr auf Nahrung und/oder Flüssigkeit hat, die Pflegenden damit aufhören, einem dies von Hand anzureichen oder gar aufzudrängen. Solch ein Wunsch wird heutzutage nicht selten geäußert, und speziell in den USA wird dies seit einigen Jahren intensiv diskutiert.

Eine der Überlegungen, die sich auch in Deutschland allmählich etabliert, lautet: Wenn ein Patient keinen Hunger und Durst mehr zeigt, sollte ihm nur noch soviel Nahrung und Flüssigkeit zugeführt werden, wie ihm ersichtlich willkommen ist und nicht mehr soviel, wie zur Lebenserhaltung notwendig wäre (im Englischen: Comfort Feeding Only, abgekürzt CFO).

Literatur zur Vertiefung

Bücher:

Chabot, Boudewijn / Christian Walther: Ausweg am Lebensende, 6. Aufl., Ernst Reinhardt Verlag, München 2021. 21,90 €

Statistische Angaben zum Sterbefasten auf Basis von fast 100 Dokumenten in den Niederlanden; ausgiebige Empfehlungen zur Durchführung; u.a. auch Behandlung der rechtlichen Aspekte sowie Auswertung der neuesten wissenschaftlichen Literatur.

Coors, Michael / Alfred Simon / Bernd Alt-Epping (Hrsg.): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2019. 35,- €

Vorwiegend theoretische Reflexionen über das Sterbefasten.

Kaufmann, Peter / Manuel Trachsel / Christian Walther: Sterbefasten. Fallbeispiele zur Diskussion über den Freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. 2. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2022. 25.- €

In 25 Narrativen erlebt man, wieso Menschen das Sterbefasten wählen und wie für sie, Angehörige und z.T. Pflegende dieser Weg aus dem Leben verlaufen ist. Informationen zu möglicher Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit des sterbewilligen Patienten; Überblick über wichtige Stellungnahmen zum Sterbefasten.

Luckwaldt, Frauke: Ich will selbstbestimmt sterben! Die mutige Entscheidung meines Vaters zum Sterbefasten. Ernst Reinhardt Verlag, München 2018. 14,90 €

Biografisch betonter Fallbericht eines älteren Patienten, der – noch nicht sterbenskrank – sich zum Sterbefasten entscheidet, weil ihm eine Selbsttötung mit herkömmlichen Mitteln nicht möglich ist. U.a. Reaktionen – auch destruktive – des sozialen Umfeldes. Sehr langer Verlauf.

Mehne, Sabine: Ich sterbe wie ich will. Ernst Reinhardt Verlag, München 2019. 19,90 €

Perspektive einer Langzeit-Kranken, die sich für eine spätere unerträgliche Entwicklung in sehr detaillierten Betrachtungen auf ihr Sterbefasten vorbereitet. Generelle Empfehlungen zum seelischen und praktischen Umgang mit der Lebens-End-Perspektive.

zur Nieden, Christiane: Sterbefasten. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.

Eine Fallbeschreibung. 3. Aufl., Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2019. 19,95 €

Erster umfangreicher Fallbericht: Welche Herausforderung die Entscheidung der lebenssatten, leidenden Mutter zum Sterbefasten bedeutet; wie gut der Verlauf war dank idealer Bedingungen (z.B. Beistand des Arztes, mit dem die Autorin verheiratet ist); etwa zwei Drittel des Buches enthalten Betrachtungen zum Thema Sterbefasten sowie praktische Empfehlungen.

zur Nieden, Christiane / Hans-Christoph zur Nieden: Sterbefasten. Fälle aus der Praxis. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2. Aufl., 2020. 19,95 €

18 Fallbeispiele, die bei verschiedensten PatientInnen Motive und Verläufe des Sterbefastens beschreiben, auch solche, die nicht zu Ende geführt wurden. Die Fälle fanden größtenteils zuhause statt, mehrere aber auch in Heimen bzw. im Hospiz. Im Anhang werden die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen aufgeführt.

Aufsätze:

Bickhardt, Jürgen / Roland Martin Hanke: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Eine ganz eigene Handlungsweise. Deutsches Ärzteblatt 111, Heft 14, 2014, A 590-592. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/158359/Freiwilliger-Verzicht-auf-Nahrung-und-Fluessigkeit-Eine-ganz-eigene-Handlungsweise/>

Birnbacher, Dieter: Ist Sterbefasten eine Form von Suizid? Ethik in der Medizin 27 (2015), 315-324. *Zusammenfassung:* <https://www.springermedizin.de/ist-sterbefasten-eine-form-von-suizid/8559924/>

Bolt, Eva E. / Martijn Hagens / Dick Willems / Bregje D. Onwuteaka-Philipsen: Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. Annuals of Family Medicine 13 (2015), 421-428. *Zusammenfassung der Ergebnisse einer breiten Befragung niederländischer Ärzte.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569449/>

Hoekstra, Nina Luisa / Micha Strack / Alfred Simon: Bewertung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit durch palliativmedizinisch und hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte – Ergebnisse einer empirischen Umfrage. Zeitschrift für Palliativmedizin 16 (2015), 68-73. *Zusammenfassung:* <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1387571>

Stängle, Sabrina / André Fringer / Daniel Büche / José Santos: Sterbefasten: Viele Hausärztinnen und -ärzte haben schon einen Fall begleitet. Medienmitteilung des Departements Gesundheit der Zürich Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) 2020. <https://www.presseportal.ch/de/pm/100018827/100856797/>

Stellungnahmen von Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Radbruch et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. 2019. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf

Österreichische Palliativgesellschaft: Feichtner et al.: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen. 2018. Zusammenfassung auf <https://link.springer.com/article/10.1007/s10354-018-0629-z>

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018/2022): Umgang mit Sterben und Tod. Download über <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Sterben-und-Tod.html/>

Internetquellen:

<https://www.sterbefasten.ch/> Prof. André Fringer (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ZHAW) und MitarbeiterInnen publizieren eine Reihe von Erhebungen zum Sterbefasten und bieten Informationen und Beratungen an.

<https://www.sterbefasten.com/> Ehepaar zur Nieden bietet Infos, Fortbildungen sowie Beratungen bei Sterbefasten an.

<https://www.sterbefasten.org/> Breites Informationsangebot zum Sterbefasten; FAQs; 25 Fallbeispiele in Kurzform.

Anhang 1

.....
(Vor- und Nachname)

Mein vorzeitiges Versterben durch Sterbefasten, also durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), betreffend erkläre ich nach reiflicher Überlegung auf Grund meiner gesamten Lebenseinstellung und meiner derzeitigen gesundheitlichen Situation Folgendes:

Ich habe mich entschlossen, in allernächster Zeit durch Sterbefasten vorzeitig aus dem Leben zu scheiden. Mir ist bekannt, dass es sich beim Sterbefasten um einen Prozess handelt, der viele Tage, bei Fortführung der Flüssigkeitszufuhr auch mehrere Wochen dauern kann.

Infolge dieses Prozesses werde ich im Rahmen der körperlichen Schwäche zunehmend auf pflegerische Hilfe angewiesen sein; dies betrifft z. B. die selbständige Körperpflege oder den selbständigen Gang auf die Toilette.

Mir ist bekannt, dass sich bei einem längeren Zustand der Bettlägerigkeit im Verlauf des Sterbeprozesses auch bei bester Pflege das Auftreten von Druckgeschwüren nicht immer verhindern lässt.

Mir ist bewusst, dass sich die Fähigkeit der verbalen Kommunikation mit meiner Umgebung im Verlaufe des Sterbeprozesses verschlechtern kann.

Hiermit bestimme ich:

Wenn ich während oder infolge des Sterbefastens nicht mehr auf Ansprache reagiere, darf keinerlei Versuch unternommen werden, mein Leben zu retten; vielmehr ist auch dann mein Sterbewille konsequent zu beachten. Insbesondere untersage ich Wiederbelebung, künstliche Kalorienzufuhr, in welcher Form auch immer, sowie künstliche Flüssigkeitszufuhr.

Weder eine Ärztin/ein Arzt noch Angehörige oder andere Personen dürfen den Todesertritt auf irgendeine Weise verhindern, sei es durch eigene Maßnahmen oder solche eines hinzugezogenen Notarztes.

Sollte es zu einer lebensbedrohenden oder lebensverkürzenden Komplikation (wie z.B. einer Lungenentzündung) oder einem Gebrechen kommen oder ein bereits bestehendes Leiden sich verschlimmern:

soll die Linderung eines hiermit eventuell verbundenen Leidens das Ziel ärztlicher Handlungen sein, ohne dass diese Maßnahmen zu einer Rücknahme bzw. Blockade meines selbstgewählten Weges aus dem Leben führen.

ist im Sinne meiner Patientenverfügung vom zu verfahren.

Ich wünsche eine / keine seelsorgerliche Betreuung.

Ich wünsche bei Bedarf Pflege und palliative Versorgung wie in der Sterbebegleitung üblich unter besonderer Berücksichtigung von Mundpflege bzw. Feuchthalten der Schleimhäute. Mein Sterbevorgang soll einerseits zugelassen, andererseits bei Bedarf erleichtert werden (z.B. Linderung von Angst, erheblichem Unwohlsein, Schmerzen, Durstgefühl, Erbrechen, Atemnot usw.); beschwerden- und schmerzlindernden Maßnahmen stimme ich ausdrücklich zu.

Da diese aktuelle Sterbefasten-Verfügung hinsichtlich des zu ändernden Therapieziels in ihrer Verbindlichkeit eindeutig ist, bedarf es für ihre Umsetzung keines Betreuers oder Bevollmächtigten.

Ich behalte mir vor, mich in den ersten Tagen meines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit umzuentcheiden. Mich hierzu zu drängen, lehne ich jedoch als Nötigung ab. Ich wünsche kein Anreichen von Nahrung oder Flüssigkeit, es sei denn, ich verlange im noch einsichtsfähigen Zustand danach.

Falls eine bereits früher von mir verfasste Patientenverfügung vorliegt, bleibt diese weiterhin gültig. Die heute getroffene Sterbefasten-Verfügung ist ggf. als deren Aktualisierung anzusehen, die mit ihrem eindeutigen Situationsbezug im Zweifelsfall vorrangig gilt.

Ort..... Datum..... Unterschrift

Bestätigung

Als Arzt / Psychologe / Notar/ Rechtsanwalt / Verwandter / Bekannter (Zutreffendes bitte unterstreichen) bestätige ich:

Es bestehen keine Zweifel an der Freiverantwortlichkeit von Frau/Herrn

Ort..... Datum..... Unterschrift

Anhang 1

Pflegetipps

Vor Beginn des Sterbefastens sollte (wie bei Fastenkuren) das Essen und Trinken reduziert werden. Außerdem ist eine Darmreinigung vor oder direkt zu Beginn des Sterbefastens sinnvoll, da somit ein Druck im Bauch oder Völlegefühl vermieden wird. Geeignet sind dafür Abführtabletten oder -tropfen, Klistiere oder ein Schwenkeinlauf.

Alle Schleimhäute trocknen aus. Daher empfiehlt es sich die Mund- und Lippenregion mit einer Feuchtcreme/Lippenfett zu bestreichen, ebenso auf die Naseninnenwände eine Nasensalbe aufzutragen oder sie mit einer Sprühlösung zu befeuchten. Man kann ggf. einige Produkte vorab ausprobieren.

Auch die Augen sollten mit künstlichen Tränen und Augensprays benetzt werden.

Die Mundpflege ist ganz entscheidend für einen erträglichen Sterbeprozesses. Ein kleines Sprühfläschchen gefüllt mit kaltem Wasser, Tee oder mit Flüssigkeit nach Wunsch (Lieblingsgetränk) sollte immer bereitstehen, zerkleinerte Eiswürfel – alles Gekühlte – mildern den Durst.

Die Mundpflege sollte zu Beginn selbst, später dann von den Begleitpersonen in regelmäßigen, kurzen Abständen (bei Bedarf mehrmals stündlich) ausgeführt werden.

Speichelproduzierende Bonbons oder Tees können angeboten werden; jedoch werden künstliche Speichelprodukte wegen ihres Geschmacks von vielen abgelehnt. Eventuell mag der Sterbewillige auch etwas Sahne oder ein winziges Stückchen Butter auf die Zunge gelegt bekommen (Fett erhält Feuchtigkeit länger).

Außerdem ist alles, was die Raumluft befeuchtet, willkommen.

Im Laufe des Sterbefastens kommt es meistens zu einer erheblichen körperlichen Schwäche. Ein fahrbarer Toilettenstuhl (ausleihbar oder vom Arzt verordnet) ist dann für die evtl. noch notwendigen Toilettengänge von Vorteil.

Es empfiehlt sich, eine waschbare, wasserdichte, atmungsaktive Matratzenauflage aus Baumwolle fürs Bett zu besorgen, da es in der zweiten Hälfte der Sterbefastenzeit zu einer Ausscheidung von Endurin kommen kann. Alternativ gibt es auch Inkontinenzvorlagen sowie „Schutzhöschen“ für Erwachsene.

Vor allem wenn sich das Sterbefasten länger (als etwa 10 Tage) hinzieht, kann sich ein Dekubitus entwickeln. Um dem vorzubeugen, empfiehlt sich eine Weichlagerungsmatratze. Eine Anti-Dekubitus-Matratze hat kaum vorbeugende Wirkung und ist für viele Patienten störend. Hat sich einmal ein schwerer Dekubitus entwickelt, kann sie jedoch

sinnvoll sein. Hierzu ist ggf. vor Beginn des Sterbefastens eine kompetente Beurteilung wichtig.

In einigen Fällen können sich delirante Symptome entwickeln, teils als „Schläfrigkeit“, teils als hyperaktives, verwirrtes, zuweilen aggressives Verhalten. Hier ist umgehend ärztliche Hilfe erforderlich. Zudem ist es hilfreich, wenn sich nur wenige Personen die Pflege teilen, so dass der Patient nicht zu viele „neue“ Gesichter zu sehen bekommt. Darüber hinaus sollte die Umgebung ruhig sein und die Kommunikation vorsichtig an die Realität erinnernd.

Sobald sich der Sterbewillige nicht mehr adäquat zu seinem Befinden äußern kann, ist besonderes Augenmerk auf Symptome wie Schmerzen, Angst, Unruhe, Atemnot usw. zu legen.

Autoren / Erstveröffentlichung

Dieter Birnbacher: Philosoph und Medizinethiker, Vizepräsident der DGHS, seit mehreren Jahren u. a. mit den ethischen Fragen im Zusammenhang mit dem Sterbefasten befasst.

Christian Walther: Neurobiologe i.R., zeitweilig ambulanter Hospiz-Helfer; seit über 10 Jahren mit dem Sterbefasten befasst; führte mehrere Interviews mit Angehörigen von durch Sterbefasten Verstorbenen.

Christiane zur Nieden: Heilpraktikerin für Psychotherapie; ehrenamtliche Sterbe- und Trauerbegleiterin; Buchautorin, Vortragstätigkeit, Buchlesungen und Seminare zum Thema Sterbefasten gemeinsam mit Hans-Christoph zur Nieden.

Hans-Christoph zur Nieden: Arzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis von 1987 bis 2011; Qualifizierung für Palliativmedizin 2006; 2 Jahre Geschäftsführer in der SAPV; palliativärztliche Tätigkeit im stationären Hospiz und in Pflegeheimen; ehrenamtliche Tätigkeit in ambulanten Hospizvereinen und Vortragstätigkeit zu medizinischen Themen, Schwerpunkt: Lebensende.

Das Copyright für die vorliegende Internet-Version liegt gemeinsam bei der Autorin und den Autoren und zwar bei deren Webseiten www.sterbefasten.org und www.sterbefasten.com. Sie sind damit einverstanden, dass der Text frei zu Verfügung steht, sofern keine Änderungen und Kürzungen vorgenommen werden.

Der Text wurde erstmals im Dezember 2022 in Form einer Broschüre von der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)* veröffentlicht.