

Auch Krebskranke wählen das Sterbefasten

Wer tut es und warum? Erstmals untersuchten Pflegewissenschaftler in der Schweiz, wer mit Essen und Trinken aufhört, um zu sterben.

Sabine Kuster

Sanft aus dem Leben scheiden – das möchte dereinst wohl jeder. Das Sterbefasten sei der Weg dazu, hiess es in letzter Zeit immer öfter. Doch wie sanft ist Sterbefasten wirklich? Und wer tut es?

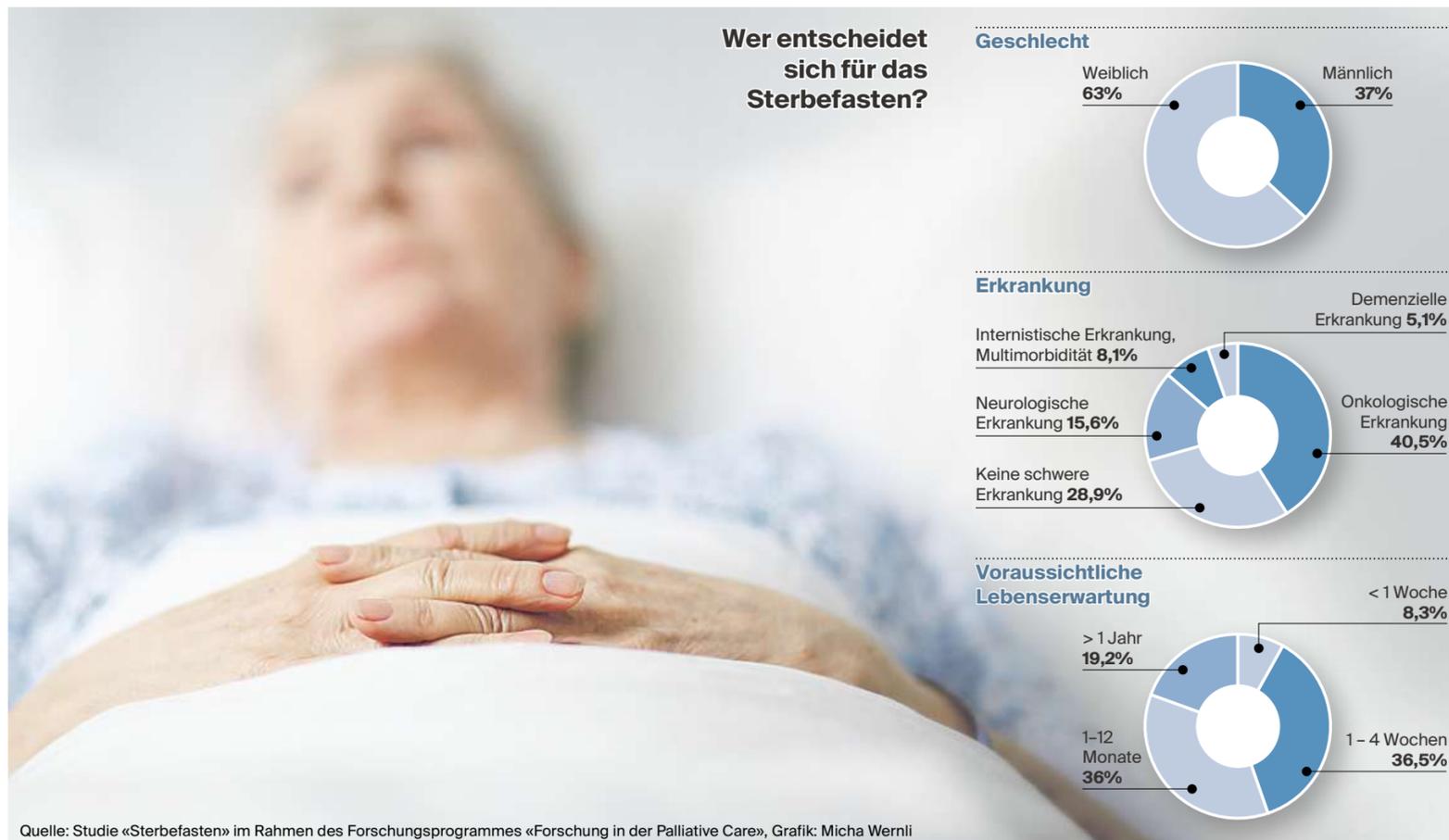
Dazu liefern die Forschenden um André Fringer nun für die Schweiz erstmals Antworten. Sie haben dies im Rahmen des Forschungsprogrammes «Forschung in der Palliative Care» untersucht. Fringer ist Professor für Pflegewissenschaft an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.

Befragt wurden nicht die Sterbefastenden selbst: Auskunft gaben 1672 Schweizer Hausärzte und leitende Pflegefachleute. 627 hatten schon einmal eine Person begleitet, die sterbefastete. Von den beschriebenen Fällen waren 87 Prozent älter als 70 Jahre.

Mehr als zwei Drittel aller Personen, die sich zum Sterbefasten entscheiden, sind krank – die Mehrheit hat Krebs. Die Lebenserwartung betrug bei fast der Hälfte nur maximal vier Wochen. In vielen Fällen wurde das Sterbefasten also als Abkürzung zu einem ohnehin nahen Tod gewählt.

Alles, was einem die Lebensfreude nimmt

Die Gründe, welche fürs Sterbefasten genannt wurden, sind zahlreich: darunter Schmerzen, geringe Lebensqualität, Erschöpfung, Einsamkeit, Verlust der Autonomie, Lebensmüdigkeit. Dabei spielt es offenbar keine grosse Rolle, ob jemand körperlich krank ist oder ob keine schwere Erkrankung vorliegt: Einsamkeit war für 44 Prozent aller Personen ohne schwere Erkrankung ein Grund, mit dem Sterbefasten



zu beginnen – aber auch für knapp 40 Prozent aller Krebskranken. Den grossen Anteil an Frauen erklärt Studienleiter Fringer mit der Tatsache, dass Frauen älter werden und somit auch öfter alleine sind am Lebensende.

Insgesamt wird der Tod durch Sterbefasten von den begleitenden Fachpersonen als würdevoll beschrieben. Sie berichten, dass der Durst nach drei Tagen fast komplett verschwinde, der Sterbende schläfrig werde und dies als angenehm empfinde. Auch kann der Geist sehr klar sein. In der zweiten Woche können aber

auch Delirien vorkommen, also starke Verwirrung und Unruhe.

Die Befragung zeigt weitere schwierige Seiten: In den letzten drei Lebenstagen wurden oft Schmerzen notiert (46 %), Übelkeit (41 %), Durst (48 %), Atemnot (40 %), Panikattacken (35 %) und Unwohlsein (39 %). Fringer sagt: «Beim Sterben können immer vielfältig ineinander verwobene Symptome vorkommen. Dies gilt auch für das Sterbefasten.»

Um diese Symptome zu mildern, werden die Personen in manchen Fällen sediert, das heisst mit Medikamenten schläfrig gemacht. Beim

Sterbefasten wird dies aber als kritisch erachtet. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hält in ihren ethischen Richtlinien fest: «Eine Sedierung zur Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühlen ist nicht zulässig.»

Das Sterbefasten kann man auch abbrechen

Dennoch notierten 10 % der Befragten eine kontinuierliche Sedierung, 36 % eine Sedierung nach Bedarf. «Es ist eine Gratwanderung», sagt Fringer, «einerseits will man den Sterbenden damit eine Entlastungs-

phase gönnen – andererseits ist es heikel, wenn die Person nicht mehr die Möglichkeit hat, den Sterbeprozess zu reflektieren.» Fringer findet beim Sterbefasten gerade das bewusste Erleben wertvoll. «Innerhalb der ersten Woche kann man den Prozess ohne bleibende Schäden abbrechen – und das ist schon vorgekommen.»

Ein noch problematischeres Ergebnis ist folgendes: In 7 Prozent der Fälle war die betroffene Person offenbar nicht bei der Entscheidung beteiligt. Wenn die Person demenz war, sogar in 15 Prozent der Fälle. Die Studienautoren haben dafür keine

Erklärung. Sie kommentieren aber, «die Freiwilligkeit der Entscheidung» könne damit infrage gestellt werden. Allerdings ist nicht bekannt, ob sich die Beteiligten in diesen Fällen für ein Sterbefasten entschieden haben oder ob ein Entscheid dann nicht gefällt werden konnte.

Generell findet Fringer das Sterbefasten gegenüber aktivem Suizid mehr ein «Gehen lassen» als ein «aus dem Leben reissen». Und doch antwortet er auf die Frage, ob es die sanfte Art zu sterben sei: «Wir wissen noch viel zu wenig darüber, um dies sagen zu können.»

Für sie ist EPO kein Dopingmittel

Zwei Amerikaner und ein Engländer erhalten den Nobelpreis für Medizin. Sie wissen, wie im Körper der Sauerstoff reguliert wird.

Leben ist Energie, das ist eine Binsenweisheit. Energie entsteht aus Nahrung. Und was es für diese Umwandlung vor allem braucht, das ist Sauerstoff. Man übertreibt deshalb nicht, wenn man Sauerstoff als Grundlage des Lebens bezeichnet. All unsere Organe und Zellen brauchen ihn, und zwar in genau dosierter Menge. Zu wenig Sauerstoff ist ebenso gefährlich wie zu viel davon.

Wie diese Regulierung funktioniert, haben drei Forscher herausgefunden, die sich den diesjährigen, mit umgerechnet 905 000 Franken dotierten Nobelpreis für Medizin teilen: William Kaelin von der Universität Harvard, Gregg Semenza von der Johns Hopkins University und Peter Ratcliffe von der Universität Oxford.

Einer, der alle drei kennt, ist Roland Wenger, Professor für



Frisch gekürte Nobelpreisträger, von links: William G. Kaelin, Peter J. Ratcliffe und Gregg L. Semenza. Illustration: Nobel Media

Physiologie an der Universität Zürich. Und er hält diesen Nobelpreis für hoch verdient. «Viele Wissenschaftler rund um den Erdball haben in ihre Richtung geforscht, wir auch. Ihnen aber sind in zäher Arbeit die entscheidenden Durchbrüche gelungen», erklärt er.

Es sind Durchbrüche mit Folgen: Denn aus der Grundlagenforschung der drei Mediziner ist kürzlich eine erste Substanz hervorgegangen, mit deren Hilfe Fehlregulierungen der Sauerstoffversorgung korrigiert werden können. Ein grosses Anwendungsgebiet tut

sich da auf und ein Milliardenmarkt etwa für die Behandlung von Blutarmut bei Dialysepatienten.

Eine besonders enge Beziehung hat Roland Wenger zu Peter Ratcliffe, der 2017 den Ehrendoktor der Universität Zürich erhalten hat. «Wir haben einen sehr freundschaftlichen Kontakt, wir gehen auch mal zusammen in die Berge oder fahren Ski.»

Dort, in der Höhe, spielt sich auch der Prozess ab, mit dem sich die drei Forscher befasst haben. Die Luft enthält weniger Sauerstoff, und als Reaktion darauf produzieren die dafür verantwortlichen Zellen das Hormon Erythropoietin (bekannt als EPO), das wiederum die Produktion roter Blutkörperchen intensiviert. Über sie gelangt dann mehr Sauerstoff in den Körper.

Wie aber funktioniert das? Oder grundsätzlicher gefragt: Wie wissen Zellen, dass wir zu wenig Sauerstoff haben und sie mehr EPO produzieren müssen? «Ein bestimmtes Gen muss aktiviert werden», erklärt Roland Wenger.

Unsere Zellen haben Sauerstoffsensoren

Gregg Semenza untersuchte dieses Gen, das den Bauplan für den Bau von EPO an die Zellen liefert, und fand den entscheidenden Genregulator. Ratcliffe untersuchte, wie der Regulator auf unterschiedliche Sauerstoffmengen im Blut reagiert. Und: Beide Forscher stiessen in allen Zellen des Körpers auf Sauerstoffsensoren.

William Kaelin schliesslich, der Dritte im Bund der diesjährigen Medizin-Nobelpreisträger, klärte die Rolle, die ein für

die Krebsentstehung wichtiges Protein bei diesem Mechanismus spielt. Denn einige Krebsarten sind dafür bekannt, dass sie das Wachstum von Blutgefässen ankurbeln. Nur so, mit einer zusätzlichen Sauerstoffversorgung, kann der Tumor überhaupt wachsen.

«Ein gesunder Mechanismus wird da für etwas missbraucht, was uns krank macht», erklärt Roland Wenger. «Bekäme der Tumor keinen Sauerstoff mehr, dann könnte er nicht mehr weiter wachsen.» Umgekehrt fehlt es Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen an Sauerstoff. Wenger kommentiert: «So wird, was als Grundlagenforschung begonnen hat, zu einem wichtigen Anwendungsgebiet der Medizin.»

Rolf App