

Suizidbeihilfe und freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Steffen Eychmüller
Palliativzentrum Inselspital Bern

steffen.eychmueller@insel.ch

Themen

- **Sterbehilfe:** Gesellschaft, Recht → Sterbehilfe ist mehr als Suizidbeihilfe
- Bestimmung der **Urteilsfähigkeit:** eine wichtige ärztliche Aufgabe
- **Suizidbeihilfe/** ärztlich assistierter Suizid in der Welt/ in der Schweiz

- **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit**

Die Rahmenbedingungen für Sterbewunsch und Sterbehilfe

Gesellschaft

- Was ist für wen lebenswertes Leben?
Autonomie und die Angst vor der
(Pflege)Abhängigkeit
- Die Sorge um die fehlende Qualität der
Betreuung am Lebensende
- Die Sorge um die fehlende Finanzierung



→ Wieviel ist unserer Gesellschaft das Lebensende (in Würde) wert?
→ Und was ist für wen 'Würde'?

Kurzdiskussion

Wie erlebt Ihr den 'Wert des Lebensende' in unserer Gesellschaft?

Wie den Umgang mit Vulnerabilität und Unterstützungs-Abhängigkeit?

Die Rahmenbedingungen für Sterbewunsch und Sterbehilfe

Recht

- Sterbehilfe, insbesondere passive und indirekt aktive Sterbehilfe ist rechtmässig und häufig!
- Medizinische Massnahmen nicht zu beginnen oder zu sistieren ist Ausdruck des Imperativs: nicht schaden – insbesondere bei vulnerablen Menschen

In den Medien meist besprochen beim Thema 'Sterbehilfe' sind:

- Die **Suizidbeihilfe**
- Die aktive Euthanasie

Rechtliche Bedingungen in der Schweiz

Passive Sterbehilfe
Bspw. Dialyseabbruch

Indirekte aktive
Sterbehilfe (bspw.
gezielte Sedierung)

Aktive Sterbehilfe

Medizinische Entscheidungen am Lebensende (Sterbehilfe ¹)	Todesart	Rechtlicher Status
Behandlungsverzicht und -abbruch in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen des Patienten (<i>passive Sterbehilfe</i>)	natürlicher Todesfall	legal
Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (<i>indirekte aktive Sterbehilfe</i>)	natürlicher Todesfall	legal
<i>Beihilfe zum Suizid</i> ²	nichtnatürlicher Todesfall	legal, falls keine eigen- nützigen Motive des Sterbehelfers: Art. 115 StGB
<i>Aktive Sterbehilfe auf Verlangen</i> ²	nichtnatürlicher Todesfall	illegal: Art. 114 StGB
Aktive Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen	nichtnatürlicher Todesfall	illegal, z.B. Art. 111 StGB und 113 StGB

¹ Sterbehilfe *im weiten Sinne*.

² Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe auf Verlangen werden zunehmend als Sterbehilfe (im engen Sinne) bezeichnet.

Die umstrittenen Richtlinien

2018: nicht in FMH- Standesordnung
übernommen

2022: der aktuelle Text benennt explizit,
was 2018 implizit enthalten war:
Suizidhilfe bei **gesunden** Personen ist
im Sinne dieser Richtlinien medizin-
ethisch **nicht** vertretbar.

Seither sind die Richtlinien auch Teil
der FMH- Standesordnung



SAMW- Richtlinien zu Sterben und Tod

- Viele Informationen zu unterschiedlichen Situationen, von der Intensivmedizin, über Pflegeheime bis zur Neonatologie
- Grosser Stellenwert der Palliative Care
- Mediale Aufmerksamkeit vor allem für Empfehlungen zum Umgang mit ärztlich assistiertem Suizid

Wann dürfen Ärzte beim Suizid helfen?

Neue Richtlinien sollen Ärzten den Weg im Umgang mit Patienten weisen, die sterben oder sich den Tod wünschen.

BZ 2017

GASTKOMMENTAR

Umstrittene Suizidhilfe am Lebensende

NZZ 2018

Die Akademie der medizinischen Wissenschaften hat sich in ihren Richtlinien bisher nicht zur Frage geäussert, ob die ärztliche Suizidhilfe bei Menschen, die sonst noch lange leben würden, zulässig sein soll.

Leiden lindern – oder Euthanasie?

Prozess Liestal



Keine Gefängnisstrafe für Freitodbegleiterin

Die Frage der Urteilsfähigkeit

Das Strafgericht des Kantons Baselland ist der Anklage der Staatsanwältin im Prozess gegen Erika Preisig in den Hauptanklagepunkten nicht gefolgt. Diese hatte der Ärztin von der Sterbehilfeorganisation Life Circle vorgeworfen, im Jahr 2016 eine nicht urteilsfähige 66-jährige Frau in den Tod begleitet zu haben und deshalb unter anderem eine unbedingte Freiheitsstrafe von fünf Jahren gefordert.

Das Vorgehen von Erika Preisig, im Falle der psychisch kranken Frau eine Freitodbegleitung durchzuführen, ohne die Urteilsfähigkeit durch einen Facharzt für Psychiatrie zeitnah überprüfen zu lassen, war gemäss Gericht nicht zulässig. Preisig bekundete laut eigenen Angaben grosse Schwierigkeiten, Psychiater für die verlangten Fachgutachten zu finden. Weil sie die 66-Jährige nicht länger leiden lassen und einen

Themen

- **Sterbehilfe:** Gesellschaft, Recht → Sterbehilfe ist mehr als Suizidbeihilfe
- Bestimmung der **Urteilsfähigkeit:** eine wichtige ärztliche Aufgabe
- **Suizidbeihilfe/** ärztlich assistierter Suizid in der Welt/ in der Schweiz
- **Sterbewunsch:** von der Demoralisierung über die Depression bis zum Suizid

Merkmale zum Medizinrecht/ Urteilsfähigkeit

- Jede medizinische Massnahme ist rechtlich Persönlichkeits-Verletzung und braucht deshalb Zustimmung
 - Bis zum 'Beweis' des Gegenteils ist jeder Mensch urteilsfähig
 - Die Urteilsfähigkeit kann jede/r ÄrztIn beurteilen; wichtig: für welchen Moment, **für welchen Entscheid**
 - Dokumentation: nur für diesen Moment, nicht retro – oder prospektiv
 - Bei manifesten psychiatrischen Erkrankungen fachpsychiatrische Beurteilung der Urteilsfähigkeit/ - unfähigkeit
 - Die Patientenverfügung für den Fall der Urteilsunfähigkeit
-

Urteilsfähigkeit und assistierter Suizid

- Wunsch nach assistiertem Suizid: das Leben ist höchstes «Gut», es braucht den höchsten Grad der Urteilsfähigkeit;
 - Der Akt der Selbsttötung muss **selbstständig** durchgeführt werden: Medikament einnehmen oder Infusion anstellen bei uneingeschränkter kognitiver Funktion
 - Der Wunsch für assistierten Suizid kann deshalb NICHT in einer Patientenverfügung verfügt werden.
-

Die Stellvertreter- Kaskade im KESR* (Art.378 Abs.1 ZGB)

Seit 1.1.2013

Wenn ICH nicht entscheiden kann, und wenn keine Patientenverfügung vorliegt:

1. Vertretungsberechtigte/r
2. Beistand
3. Ehepartner oder.....
4. Etc....

Das Problem des 'wer regelmässig und persönlich Beistand leistet'.....

**Kinder- und Erwachsenen-Schutzrecht*

Wer entscheidet als Stellvertreter?

Hat der Patient (im urteilsfähigen Zustand) keinen Vertreter eingesetzt (1.) und besteht auch keine Beistandschaft mit Bezug auf medizinische Behandlungsentscheide (2.), so besteht nach Art. 378 Abs. 1 ZGB eine **gesetzliche Vertretungsbefugnis** folgender Personen:

3. wer als Ehegatte (od. eingetragene/r Partner/in) einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt *oder* ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt *und* ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.

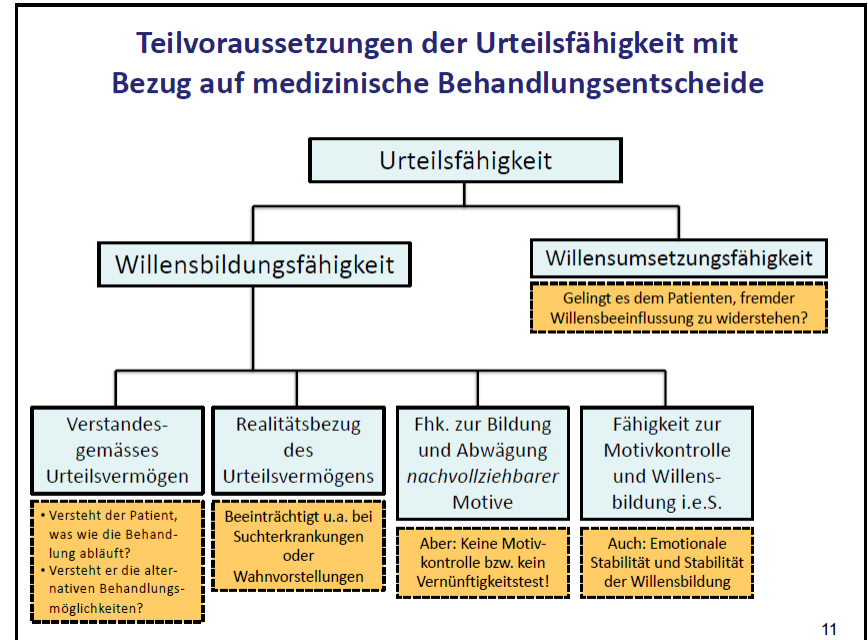
Vorsicht: Das entspricht u.U. nicht der „gefühlten“ Nähebeziehung!

Drei Komponenten der Urteilsfähigkeit

Erkennen/ Verstehen

**Bedeutung geben/ bewerten/
beurteilen**
(Willensbildungsfähigkeit)

Entscheiden/ Umsetzen ggf.
auch gegen Willen anderer
(Willensumsetzungsfähigkeit)



Eine Hilfe für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit

U-Doc

U-DOC

EVALUATION DER URTEILSFÄHIGKEIT

Formular

Beurteilende Person(en):		[Patientenetikett]
Datum der Beurteilung:		

1

Ausgangslage

Anlass/Gründe für eine ausführliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit (inkl. einer kurzen Beschreibung der Entscheidungssituation, der verschiedenen Entscheidungsoptionen, der Tragweite der Entscheidung und bestehender Vorabklärungen):

www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Beurteilung-der-Urteilsfaehigkeit.html

Erkennen

ERKENNTNISFÄHIGKEIT

Fähigkeit, die vorliegende Entscheidungssituation zu erfassen
(Schwerpunkt: Kognition)

u

Würden Sie unser Gespräch noch einmal aus Ihrer Perspektive zusammenfassen, besonders hinsichtlich folgender Punkte: a) über Ihren Gesundheitszustand, b) über die Behandlungsmöglichkeiten und die jeweiligen Vor- und Nachteile, c) die Vor- und Nachteile, wenn wir stattdessen gar nichts tun? | Was meinen Sie, welche Auswirkungen hat [vom Patienten präferierte Option] auf Ihren Alltag? Was wird sich ändern? | Was denken Sie, ist mit Ihrer Gesundheit derzeit nicht in Ordnung? | Glauben Sie, dass Sie irgendeine Art von Behandlung brauchen? | Was denken Sie, sind die Beweggründe, Ihnen [empfohlene Option] zu empfehlen?

Informationsverständnis

Die Person kann die vermittelten Informationen zur Erkrankung, den Entscheidungsalternativen und den jeweiligen Vor- und Nachteilen in ihren eigenen Worten wiedergeben.

Verständnis der lebenspraktischen Folgen

Die Person kann angeben, welche konkreten Auswirkungen die Entscheidung auf ihre Lebensführung und Lebensqualität haben könnte.

Krankheitsverständnis

Die Person erkennt, dass sie an einem diagnostizierten Symptom/Krankheit leidet oder mit einem bestimmten Problem konfrontiert ist, oder kann ihre Ablehnung plausibel darlegen.

Verständnis des Behandlungsbedarfs

Die Person erkennt, dass die vorgeschlagenen Behandlungsoptionen/Massnahmen potenziell zu ihren Gunsten sind, oder kann ihre Ablehnung plausibel darlegen.

unauffällig
beeinträchtigt
nicht
beurteilbar

Bewerten

WERTUNGSFÄHIGKEIT

Fähigkeit, der vorliegenden Entscheidungssituation persönliche Bedeutung beizumessen (Schwerpunkt: Motivation und Emotion)

Sie denken, [vom Patienten präferierte Option] ist das Beste für Sie. Können Sie mir erklären, warum das so ist? | Was denken Sie, haben Erfahrungen Ihre Entscheidung beeinflusst? Wenn ja, in welcher Weise? | Was macht [vom Patienten präferierte Option] für Sie persönlich besser als [alternative Option]? | Was löst die Vorstellung von [alternative Option] in Ihnen aus?

Bezug zu eigenen Werthaltungen

Die Person kann die Entscheidung mit persönlichen Werthaltungen und Überzeugungen in Verbindung bringen.

Lebensgeschichtliche Einordnung

Die Person ist in der Lage, die Entscheidungssituation im Kontext ihrer bisherigen (Krankheits-)Geschichte sowie im Zusammenhang mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation zu betrachten.

Informationsgewichtung/Entscheidungsgründe

Die Person gewichtet einzelne Aspekte verhältnismässig resp. führt verständliche Gründe für ihre Entscheidung an, bzw. ist sich im Klaren darüber, falls sie dies nicht tut.

Affektive Beteiligung

Die Person kann sich mit einer angemessenen Affektintensität am Entscheidungsprozess beteiligen und zeigt eine einfühlbare affektive Reaktion.

unauffällig
beeinträchtigt
nicht beurteilbar

Entscheiden Umsetzen

WILLENSBILDUNG UND -UMSETZUNG

Fähigkeit, eine Entscheidung zu treffen, zu kommunizieren, zu begründen und zu vertreten (Schwerpunkt: Volition)

un

Für welche Behandlungsoption haben Sie sich entschieden? | Warum haben Sie sich für [vom Patienten präferierte Option] entschieden? | [wenn keine Entscheidung] Was macht die Entscheidung so schwierig? | Fühlt sich die Entscheidung richtig an?

Treffen und Äussern einer Entscheidung

Die Person ist in der Lage, eine Entscheidung zu treffen und verständlich zu kommunizieren.

unauffällig
beeinträchtigt
nicht beurteilbar

Bereitstellen einer Begründung

Die Person kann kohärent darlegen - durch rational-analytische Argumentation oder intuitionsbasierte Selbstreflexion -, weshalb sie sich für eine bestimmte Option entschieden hat.

Widerstandskraft gegen inneren Drang

Die Person kann Impulse, Zwänge oder Ängste kontrollieren, die sie daran hindern, die getroffene Entscheidung umzusetzen.

Widerstandskraft gegen äussere Einflüsse

Die Person kann ihren gefassten Willen gegenüber widersprechenden Meinungen anderer behaupten.

....auch gegen ärztlichen Rat!

Themen

- **Sterbehilfe:** Gesellschaft, Recht → Sterbehilfe ist mehr als Suizidbeihilfe
- Bestimmung der **Urteilsfähigkeit:** eine wichtige ärztliche Aufgabe
- **Suizidbeihilfe/** ärztlich assistierter Suizid in der Welt/ in der Schweiz
- **Sterbewunsch:** von der Demoralisierung über die Depression bis zum Suizid

Ärztlich assistierter Suizid = Suizidbeihilfe

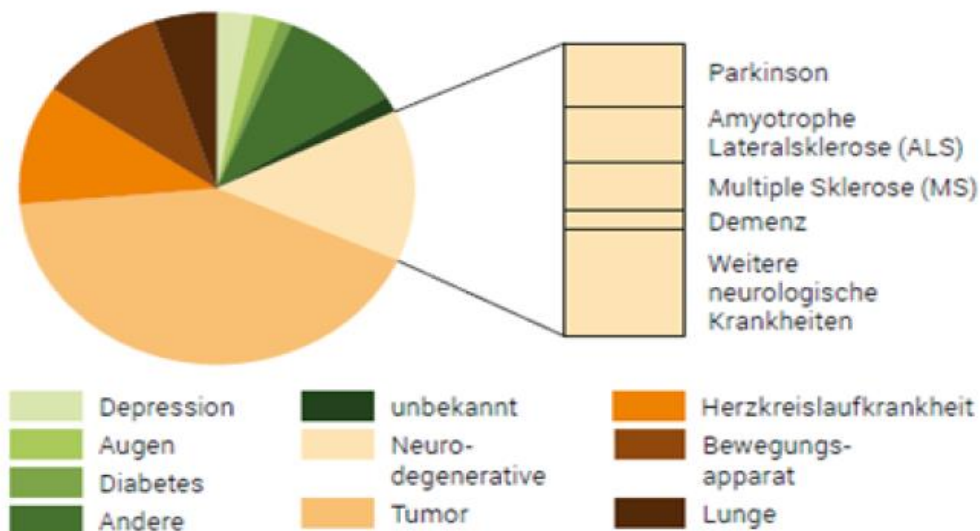
Überblick Suizidbeihilfe/ Euthanasie ArteTV:

www.arte.tv/de/videos/103224-000-A/sterbehilfe-in-der-eu-im-ueberblick/

Statistik 2016 vom Bundesamt für Statistik

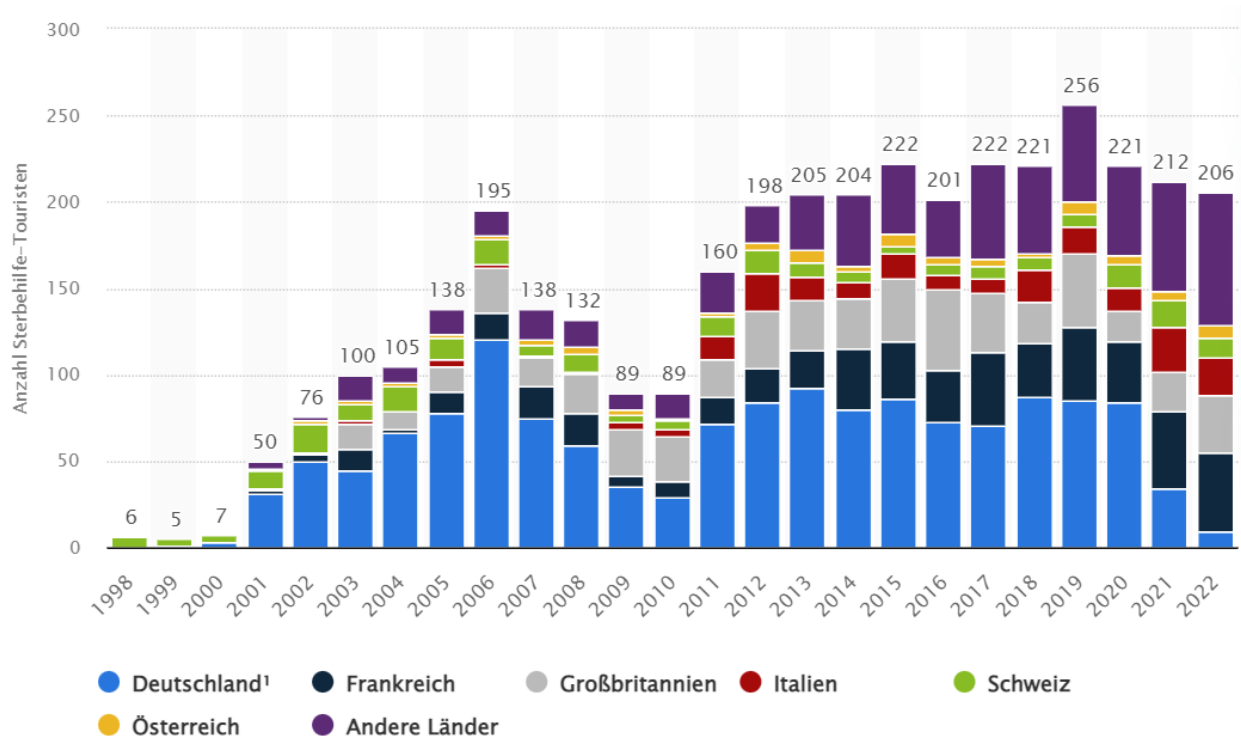
Krankheiten bei assistiertem Suizid,
Periode 2010 – 2014

G 5



Bei 98,5% der Fälle wurde eine Begleitkrankheit angegeben.

‘Sterbetourismus’



Sterbehilfe-Touristen in
der Schweiz nach
Herkunftsländern 2022 |
Statista

Sterbehilfe und Organisation EXIT

Über 17'000 neue Mitglieder im Jahr 2022: Das vermeldet allein Exit, die älteste und grösste Sterbehilfeorganisation der Schweiz. Exit hat derzeit 154'118 Mitglieder, die höchste Zahl seit der Gründung der Organisation vor 40 Jahren.

Exit A.D.M.D. Suisse Romande, das französischsprachige Pendant der Organisation, zählte Ende letzten Jahres 33'411 Mitglieder. 2022 kamen 3401 neue Mitglieder hinzu – insgesamt beendeten 502 Personen mit der Westschweizer Organisation ihr Leben.

Ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz

- Nicht gebunden an Sterbehilfeorganisation SHO
- EXIT: nur für CH; Dignitas auch für Ausländer:innen
- SHO/ individuelle Suizidbeihilfe: 'nicht eigennützig'

Gesamtzahl Todesfälle 2020:
76195 (Bundesamt f. Statistik)

Freitodbegleitungen 2020:
Gesamt ca. 1200 (Dignitas 221,
allerdings ca. 80%
Ausländer:innen)

Statistik	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
AE/FTB/MG							
Akteneröffnungen	1185	1152	1207	1031	991	1083	879
FTB total	913	862	905	734	722	782	583
FTB Frauen	538 (58,9%)	508 (58,9%)	516 (57,0%)	442 (60,2%)	415 (57,5%)	434 (55,5%)	330 (56,6%)
FTB Männer	375 (41,1%)	354 (41,1%)	389 (43,0%)	292 (39,8%)	307 (42,5%)	348 (44,5%)	253 (43,4%)
Durchschnittsalter (Jahre)	78,7	78,2	78,2	78,1	76,7	77,4	77,5
EXIT-Mitglieder 31.12.	135 041	128 212	120 117	110 391	104 278	95 621	81 015

Verantwortlichkeiten bei der Suizidbeihilfe in der Schweiz

Ziegler S (2007) BMJ 334:295-298

SHO = Sterbehilfeorganisation

	Arzt	SHO	andere
Erstkontakt, erste Beurteilung	X	X	
Information über die Diagnose, Prognose, alternative Behandlungsmöglichkeiten	X		
Bestätigen der Urteilsfähigkeit, <u>Wohlerwogenheit</u> des Sterbewunsches, Fehlen von äusserem Druck	X	X	
Verschreibung der letalen Substanz	X		
Abgabe der letalen Substanz (NaPentobarbital)			Apotheker
Aufbewahrung der letalen Substanz			Angehörige
Hilfe vor Ort bei der Vorbereitung der Selbsttötung		X	
Meldung an die Behörden		X	

Wichtige Punkte beim ärztlich assistierten Suizid

- Die Angehörigen einbinden in Diskussion (Verminderung 'harm')
- In vielen Spitälern und Pflegeheimen keine Durchführung jedoch Beratung möglich
- Ärztlich assistierter Suizid ist IMMER ein nicht-natürlicher Todesfall: Nach dem Suizid kommt es IMMER zu einer staatsanwaltschaftlichen Ermittlung (inkl. Rechtsmedizin) → für viele Angehörige bei Suizid zuhause eine Herausforderung (Polizei, Nachbarschaft)
- Keine medizinische Fachperson kann zur Mitwirkung gezwungen werden

Die offene Diskussion

- Suizidbeihilfe bei Menschen mit Sterbewunsch OHNE lebenslimitierende Erkrankung

www.daserste.de/unterhaltung/film/gott-von-ferdinand-von-schirach/videos/making-of-gott-100.html
.....1.40

Was denken Sie?

Die Sterbehilfeorganisation Exit will lebensmüden Hochbetagten den Zugang zum Sterbemedikament erleichtern. Die Generalversammlung verankerte das Engagement für den Altersfreitod in den Exit-Statuten.



Die wichtige Diskussion

Sterbewunsch: häufig (nicht nur bei betagten Menschen)

Sterbehilfe: häufig (bspw. Intensiv, Geriatrie, PallCare)

Suizidbeihilfe: sehr selten (1,5% der Sterbefälle)

Und: Palliative Care ist nicht die Alternative zum assistierten Suizid. PallCare trägt zur höheren Qualität der Betreuung am Lebensende bei; es geht trotzdem um das Aushalten von Nicht – Kontrolle und Abhängigkeit.

Themen

- **Sterbehilfe:** Gesellschaft, Recht → Sterbehilfe ist mehr als Suizidbeihilfe
- Bestimmung der **Urteilsfähigkeit:** eine wichtige ärztliche Aufgabe
- **Suizidbeihilfe/** ärztlich assistierter Suizid in der Welt/ in der Schweiz
- **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit**

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Ivanovic et al. BMC Palliative Care 2014, 13:1
http://www.biomedcentral.com/1473-2875/13/1

BMC Palliative Care

RESEARCH ARTICLE Open Access

Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life

Natalia Ivanovic^{1*}, Daniel Büche^{2†} and André Fringer^{1†}

Abstract

Background: The terminally ill situations of unbearable suffering discussed over the past 20 years in a 'review' of published literature with decision-making capacity.

Methods: Electronic databases (PubMed, Cochrane, Embase, Scopus, PsycInfo, Google Scholar) and references of included studies were extracted.

Results: Overall, out of 29 eligible, competent, capacitated patients, primary intention of hastening death by VSED was only 1 death/year (on average 280 life perceived as being point of death). The circumstances of death, the could not be identified through

© 2013 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern Pflege 2013, 26 (6):411–420 DOI 10.1007/s11256-013-0800-9

Originalarbeit 411

¹Spital Affoltern, Affoltern a. A.
²Fachhochschule S.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Luisa Klein Romaner^{1,2} (Dipl.-Pflegewirtin (FH)), ANAS FHO in Palliative Care, RN, André Fringer¹ (Diet.med.)

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review

• Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

die das Sterben gerne beschleunigen werden, um ihr Leben am Lebensende



FREIWILLIGER VERZICHT AUF NAHRUNG UND FLÜSSIGKEIT

Eine ganz eigene Handlungsweise

Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert.

Jürgen Bickhardt, Roland Martin Henke

By Judith K. Schwarz, PhD, RN

STOPPING EATING AND DRINKING

This is one option for 'decisionally capable' adults who wish to hasten dying. What are the ethical and legal implications for nurses?

• Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

die das Sterben gerne beschleunigen werden, um ihr Leben am Lebensende

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE
Volume 10, Number 6, 2007
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/jpm.2007.0027

Die Einstellung künstlicher Nahrung- und Flüssigkeitszufuhr bei nicht einwilligungsfähigen Patienten hat im Diskurs über

keit ist nicht Neues: „Ehe die Medizinische Fakultät aufkam, verstarben die Leute meist oft, indem sie gewöhnlich mit Essen und Trinken aufhör-

nie über eine trockene Mundschleimhaut vernachlässigt wird, kann es durch gute professionelle Mundpflege stark gemindert oder sogar

PERSPECTIVE

Sedation, Alimentation, Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life

Lynn A. Jansen, RN, PhD, and Daniel P. Sulmasy, OFM, MD, PhD

In the recent medical ethics literature, several authors have recommended terminal sedation and refusal of hydration and nutrition as important, morally acceptable, and relatively uncontroversial treatment options for end-of-life suffering. However, not all authors use these terms to refer to the same practices. This paper examines the various ways that the terms terminal sedation and refusal of hydration and nutrition have been used in the medical literature. Although some of these practices are ethically appropriate responses to end-of-life suffering, others (at least as they are currently described in the medical ethics literature) are not.

This paper identifies and discusses the principles that morally distinguish these practices from one another and specifically describes different features of medical practices and moral principles that affect the moral acceptability of various medical treatments. These distinctions reveal the complexity of the issues surrounding terminal sedation and refusal of hydration and nutrition, a complexity that has not been adequately addressed in recent discussions.

Ann Intern Med. 2002;136:945-949.
For author affiliations, see end of text.
www.ama-assn.org

Exploring the Option of Voluntarily Stopping Eating and Drinking within the Context of a Suffering Patient's Request for a Hastened Death

JUDITH SCHWARZ, Ph.D., R.N.

Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Definition **FVNF** (Fehn, Fringer 2017)

Der FVNF ist:

„eine Handlung, die von einer zurechnungsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen freiwillig und bewusst gewählt wird, auf Essen und Trinken zu verzichten, um den Tod frühzeitig aufgrund unerträglichen anhaltenden Leidens herbeizuführen“

Birnbacher 2015, Black & Csikai 2015, Chabot & Goedhart 2009, Ganzini et al. 2003, Ivanovic, Büche & Fringer 2013, Klein & Fringer 2013, Lachman 2015, Pope & West 2014

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

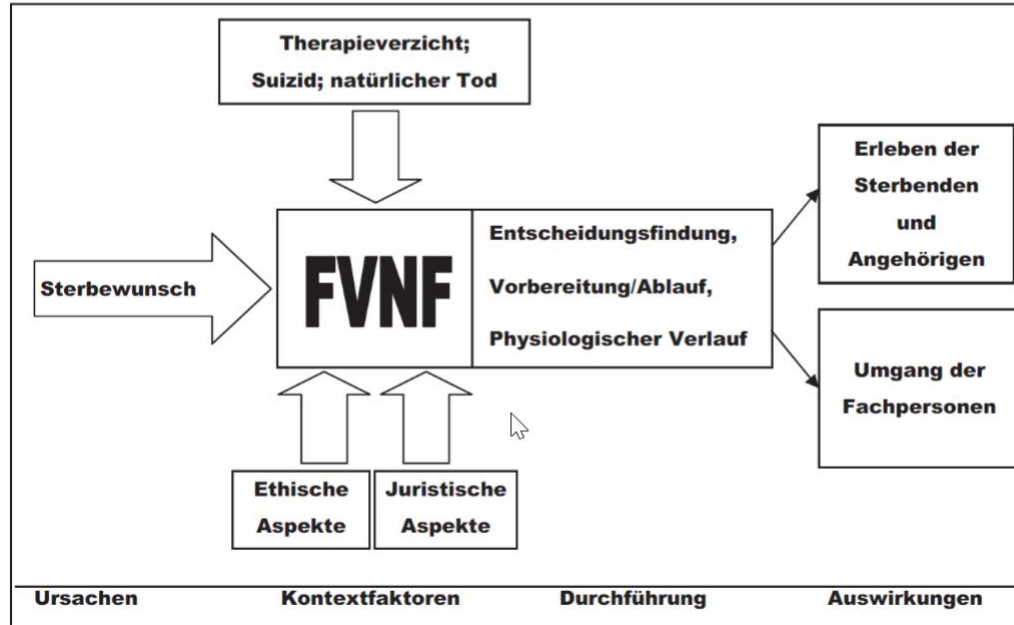
Nach S. Fehn

¹ Spital Affoltern, Affoltern a. A.

² Fachhochschule St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Ursula Klein Remane^{1,2} (Dipl.-Pflegerin (FH), MAS FHO in Palliative Care, RN), André Fringer² (Dr.rer.med.)

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review



Fragen bei FVNF (oder englisch VSED*)

Wann?

Suizid oder nicht? Sterbefasten/ Sterben lassen ?

Künstliche Zufuhr von Essen und Trinken vergleichbar mit Gabe von Medikamenten?

Durchführung und was passiert?

FVNF:– welche Nebenwirkungen? Für wen?

*Voluntary stopping of eating and drinking

Bernat, Gert & Mogielnicki 1993, Simon & Hoekstra 2015

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Wunsch nach Autonomie und Kontrolle am Lebensende (Chochinov 2006, Dees et al 2010)

Unerträgliches Leiden führt zum Wunsch, den Tod herbeizuführen (Blinderman & Cherry 2005)

Bewusste Entscheidung gegen Nahrungsaufnahme: Disziplin und Durchhaltevermögen

Braucht parallel beste Leidenslinderung mit symptomatischen Massnahmen.

Aber: Indikation? Bester Zeitpunkt?

Bei uns: nur in den letzten Lebenstagen + bei manifesten Organinsuffizienzen

Wichtig: FVNF ist über lange Zeit noch reversibel! (kein Suizid)

Unsere Einschätzung zum FVNF

Desinteresse an Nahrung und Flüssigkeit ist normal in der Sterbephase (4-7 letzte Tage)

Nur indiziert bei hoher Wahrscheinlichkeit des Versterbens in den kommenden 7 Tagen

Nur, wenn manifeste Organinsuffizienzen, die zum Sterben führen (Lunge, Niere etc.)

NICHT

-Auf 'Wunsch' bei Menschen ohne Hinweise auf Sterbephase

-Erwartungen müssen diskutiert werden

-Problem: wenn kein Versterben innerhalb von wenigen Tagen dann Ruf nach gezielter Sedierung.....slippery slope

Fragen?