

# **Bachelorarbeit**

## **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Selbstbestimmtes Sterben**

Begleitung von sterbefastenden Patientinnen und  
Patienten im Rahmen der „palliative care“

Ein Literaturreview

Eingereicht von  
Alexandra Simml

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Unter Anleitung von  
Gerhilde Schüttengruber, BSc, MSc

Graz, 04. April 2019

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 04. April 2019

Alexandra Simml, e.h

# Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung .....	V
II. Abstract .....	VI
1 Einleitung .....	1
1.1 Hintergrund .....	1
1.2 Begriffsklärung .....	2
1.3 Motive von Patientinnen und Patienten die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern.....	4
1.4 Relevanz der Arbeit und Forschungslücke .....	5
1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage .....	5
2 Methodik.....	6
2.1 Suchstrategie .....	6
2.2 Filter .....	7
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	7
2.4 Flow Chart.....	8
2.5 Bewertungsinstrument.....	9
3 Eckpunkte der ausgewählten Studien .....	9
4 Ergebnisse .....	12
4.1 Ursachen.....	14
4.2 Kontextfaktoren .....	14
4.3 Durchführung .....	17
4.4 Auswirkungen auf die Akteure.....	21
5 Diskussion.....	24
6 Schlussfolgerung.....	28

7	Stärken und Limitationen.....	28
7.1	Stärken.....	28
7.2	Limitationen.....	29
8	Empfehlungen .....	29
8.1	Forschungsempfehlungen.....	29
8.2	Praxisempfehlungen.....	29
9	Quellenverzeichnis.....	30
10	Anhang .....	33
10.1	Tabellenverzeichnis .....	33
10.2	Abbildungsverzeichnis .....	33
10.3	Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	33

## I. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Über das Phänomen des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen und damit eine für einen leidenden Menschen nicht tragbare gesundheitliche Situation beenden zu können, ist in der Literatur nur wenig bekannt. Unumstritten ist jedoch, dass während des Prozesses des Sterbefastens palliative Pflege notwendig wird, um Patientinnen und Patienten die diese Entscheidung getroffen haben, professionell versorgen zu können.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, welche Interventionen im Rahmen der Palliativversorgung seitens Pflegepersonen ergriffen werden können, um Patientinnen und Patienten die freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, begleiten zu können.

**Methode:** Als Design für diese Arbeit wurde eine Literaturrecherche ausgewählt. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde im Zeitraum von September 2018 bis November 2018 eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL sowie mittels Handsuche durchgeführt. Publikationen die den Einschlusskriterien entsprachen, wurden mittels eines Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch analysiert und anschließend in dieses Review inkludiert.

**Ergebnisse:** In der Literatur konnte ein Konzept identifiziert werden, das einen Überblick über das vorhandene Wissen zum Thema des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit gibt. Es wurden vier Hauptbereiche mit neun Themenfeldern eruiert. Als wichtigste Pflegeintervention wird eine forcierte Mundpflege genannt. Eine gute Planung und Vorbereitung unter Einbindung sämtlicher beteiligten Personen in den Versorgungsplan von sterbefastenden Patientinnen und Patienten gilt als Grundvoraussetzung, um eine gute Pflege und Betreuung gewährleisten zu können.

**Schlussfolgerung:** Pflegepersonen nehmen in der Palliativversorgung eine Schlüsselrolle ein, da Bedürfnisse, Ängste und Wünsche von ihnen wahrgenommen und angesprochen werden. Aufgrund dessen kann in der Betreuung von sterbefastenden Patientinnen und Patienten bedürfnisorientiert reagiert werden.

**Schlüsselwörter:** palliative care, terminal care, end of life care, VSED (voluntary stop eating and drinking), VRFF (voluntary refusal of food and fluid)

## **II. Abstract**

**Background:** Little is known about the phenomenon of voluntary stopping eating and drinking to hasten death because of unbearable suffering. It is undisputed, that palliative care becomes necessary through the process to give adequate care to patients who go for that way.

**Aim:** The aim of this review is to show, which palliative interventions could be taken by nurses to attend patients, who voluntary stop eating and drinking.

**Methods:** For the design of this paper a literature review has been selected. To answer the research question a literature search took place from September 2018 until November 2018 in the PubMed and CINAHL databases, as well as hand search was used. Studies, which fulfilled the criteria were critically assessed by using the evaluation form by Hawker et al. (2002).

**Results:** It was possible to identify a concept which shows the secured knowledge about what is known about the topic. It was possible to find four main topics with nine subcategories. Oral care is the most important intervention for nurses to do. It is necessary to plan well to be able to give good and well structured care to patients who refuse food and fluid.

**Conclusion:** Nurses play a key role in palliative care. They perceive needs, fears and wishes of the patients and talk about it. Because of this, good care can be given to patients, who voluntary stop eating and drinking to hasten their death.

**Keywords:** palliative care, terminal care, end of life care, VSED (voluntary stop eating and drinking), VRFF (voluntary refusal of food and fluid)

# **1 Einleitung**

Im folgenden Kapitel wird der Hintergrund zum Verständnis der vorliegenden Arbeit aufgezeigt. Es werden die Relevanz der Arbeit, die Forschungslücke, die Forschungsfrage und das Forschungsziel dargestellt.

## **1.1 Hintergrund**

Zu den wichtigsten Anliegen eines Menschen am Ende des Lebens gehören das Recht auf Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Sicherheit und Kontrolle (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018).

Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen. Er muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase mit seinen Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert wird und dass Entscheidungen unter Achtung seines Willens getroffen werden (Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland 2010).

Die palliative Pflege und Betreuung beinhaltet die Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren, fortschreitenden und damit lebensbedrohlichen Erkrankung. Seitens der betreuenden Pflegeperson wird ein umfassendes Verständnis von Krankheit, die Berücksichtigung des Willens und die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin bzw. des Patienten verlangt (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz §22b, Hospiz- und Palliativversorgung).

Das Ziel der palliativen Pflege und Betreuung ist es, schwer kranke und sterbende Menschen ihren Wünschen nach zu begleiten und ihr Leiden zu lindern. Manches Leid lässt sich auch unter optimalen Voraussetzungen für palliative Betreuung nicht auf ein akzeptables Niveau reduzieren. In diesen Situationen kommen manche Menschen an einen Punkt, an dem sie ihr eigenes Sterben beschleunigen wollen, um ihr Leid am Ende des Lebens zu verkürzen (Klein Remane & Fringer 2013).

## **1.2 Begriffsklärung**

Im nachfolgenden Kapitel werden Definitionen und Begriffe, die in der Arbeit vorkommen, bearbeitet.

### **Definitionen Palliative Care**

Die World Health Organisation definiert Palliative Care als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art soll diese Steigerung der Lebensqualität gelingen (WHO 2017).

Oft wird neben der Definition der World Health Organisation auch die Definition der European Association for Palliative Care (EAPC) aus dem Jahr 1989 verwendet. Diese lautet wie folgt:

„Palliative Care ist die aktive, umfassende Betreuung und Behandlung von Patienten deren Erkrankung auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr anspricht. Die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen sowie von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen steht im Vordergrund. Palliative Care ist ein interdisziplinärer Ansatz, welcher die Patienten, die Familie und das Umfeld umfasst. Palliative Betreuung und Behandlung bedeutet Fürsorge bzw. Pflege in ihrer ureigensten Form: Es geht darum, den Bedürfnissen von Patienten gerecht zu werden, wo auch immer sie Betreuung erfahren, sei es im Spital oder zu Hause. Palliative Care bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als normalen Prozess; das Sterben wird weder beschleunigt noch hinausgezögert. Palliative Care bemüht sich, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren.“ (European Association for Palliative Care (EAPC) 1989) in der Übersetzung von Steffen Bürgi (2017, p.46).

## **Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit**

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beschreibt eine Handlung, die von einer zurechnungsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen bewusst praktiziert wird, um unerträgliches, anhaltendes Leiden mit einem frühzeitigen Tod zu beenden (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018). Die Patientinnen und Patienten entscheiden sich, in einem Zustand, in dem sie fähig sind, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen, dies nicht zu tun. Es ist eine freiverantwortliche Entscheidung, die die Person im Zustand der vollständigen Einsichtsfähigkeit, ohne äußeren Druck und im Bewusstsein der vollen Tragweite dieser Entscheidung, trifft (Birnbacher 2014). Es ist eine geplante und bewusst durchgeführte Handlung mit der Absicht, schneller den Tod zu finden (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018). Patientinnen und Patienten, die berechnend auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, kommunizieren dies oft offen (Fehn & Fringer 2017). Die willentliche Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit kann daher nur eine Option für entscheidungs-kompetente Patientinnen und Patienten darstellen (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018). Die bewusste Entscheidung, Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern, um das Leben vorzeitig zu beenden ist auch unter dem Namen „Sterbefasten“ bekannt (Fehn & Fringer 2017). Das Sterbefasten wird als eine Methode gesehen, bei schweren Leidenszuständen ohne Aussicht auf Besserung oder in Todesnähe, Zeitpunkt und Umstände des Todes selbst in die Hand zu nehmen (Birnbacher 2014).

## **Abgrenzung**

Die Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit ist deutlich vom Verlust von Appetit und des Interesses an Essen und Trinken, wie es häufig bei Patientinnen und Patienten in der terminalen Phase beobachtbar ist, abzugrenzen. Die Patientinnen und Patienten nehmen keine Nahrung und Flüssigkeit zu sich, weil sie dies bewusst nicht wollen, nicht weil sie kein Hunger- und Durstgefühl mehr verspüren (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018). Der freiwillige Verzicht von Essen und Trinken ist deutlich gegenüber Anorexie und Kachexie abzugrenzen, da es sich hierbei um Erkrankungen handelt (Fehn & Fringer 2017). Die

Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit ist auch klar von allen Formen des Hungerstreiks zu unterscheiden. Menschen die sich für einen Hungerstreik entscheiden, haben das Ziel, durch einen vorübergehenden Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit einen religiösen, sozialen oder politischen Appell zu setzen und nicht, frühzeitig den Tod herbeizuführen. Ebenso unterscheidet sich das Sterbefasten von allen anderen Formen des Therapieverzichts. Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann nicht mit einer Beendigung einer künstlichen Ernährung gleichgestellt werden, auch wenn dabei die Intention ist, das Sterben zuzulassen (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018).

### **1.3 Motive von Patientinnen und Patienten die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit zu verweigern**

Die äußerste Intention des Sterbefastens ist, die Kontrolle über das eigene Leben zu behalten, autonom sein zu können und Einfluss auf den Zeitpunkt und die Umstände des Todes zu haben. Hochaltrige oder sich in terminalen Krankheitssituationen befindliche Patientinnen und Patienten möchten es selbst in der Hand haben wann ihr Lebens- und Leidensweg endet. Das Wissen, eine nicht aushaltbare Situation selbst beenden zu können, wirkt sich stabilisierend auf das Handling von Lebenskrisen bei schwerer, lebensbedrohlicher Erkrankung aus. Eine Motivation auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten ist es, den Sterbeprozess zu forcieren und so das absehbar gewordene Sterben zu beschleunigen. Bereits die Option des Sterbefastens kann für Menschen mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle entlastend wirken. Das Gefühl, zum Sterben bereit zu sein, erlebte Sinnlosigkeit in Bezug auf das weitere Leben sowie geringe Lebensqualität zählen zu den Gründen warum sich Patientinnen und Patienten dafür entscheiden, das Essen und Trinken zu verweigern. Auch das nicht in den Griff bekommen von belastenden Symptomen und große Angst vor künftigen Leid sowie das Gefühl, für die Angehörigen eine Bürde darzustellen sind Motive für einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Auch die Aussicht, physische Symptome wie Schmerzen oder Übelkeit hinter sich zu

lassen, bewegt Patientinnen und Patienten zum Sterbefasten (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018).

#### **1.4 Relevanz der Arbeit und Forschungslücke**

Für terminal erkrankte Patientinnen und Patienten bedeuten Autonomie und das Behalten der Kontrolle über sich selbst, Lebensqualität in einer ausweglosen Situation (Ivanovic, Büche & Fringer 2013).

Für Menschen die sich für einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden, besteht oft das Risiko, keine angemessene Palliativversorgung zu erhalten. Durch die eigenständige Durchführung des Sterbefastens wird oft kein ärztlicher Rat oder keine adäquate pflegerische Betreuung hinzugezogen. Es steht jedoch völlig außer Zweifel, dass die verschiedenen Symptombilder, hervorgerufen durch die Verweigerung von Essen und Trinken, zu einem signifikanten Bedarf an palliativer Versorgung führen. Dazu zählen nicht nur eine intensive und umfangreiche pflegerische Betreuung sondern auch ärztliche Obhut und die Behandlung von auftretenden belastenden Komplikationen wie Schmerz, Agitation, Delir oder andere (Feichtner, Weixler & Birklbauer 2018).

Dem Themengebiet der Palliativpflege an sich wurden bereits zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Studien gewidmet. Zur palliative care und notwendigen pflegerischen Maßnahmen unter dem Aspekt von freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit gibt es nur sehr wenig Literatur. Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass dieses Thema im Bereich der Ethik und der Moral umfangreiche Kontroversen aufwirft.

#### **1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage**

Diese Forschungsarbeit zielt darauf ab, Interventionen aufzuzeigen die seitens der Pflegenden ergriffen werden können, um Patientinnen und Patienten die sich dazu entschlossen haben, freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, professionell begleiten zu können.

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche Interventionen können im Rahmen der „palliative care“ getroffen werden, um Patientinnen und Patienten in ihrer Entscheidung freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, zu begleiten?“

## 2 Methodik

Um auf die Forschungsfrage eine Antwort zu finden, wurde im Zeitraum von September bis November 2018 eine Literaturrecherche in den ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt.

### 2.1 Suchstrategie

Es wurden folgende Suchwörter verwendet: „palliative care“, „terminal care“, „end of life care“, VSED (voluntary stop eating and drinking) und VRFF (voluntary refusal of food and fluid). Diese wurden als Stichwörter eingesetzt und mit den boolenschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert. Die erwähnten Stichwörter wurden weiters für eine Handsuche in Google Scholar genutzt und Referenzlisten wurden auf weitere nutzbare Literatur gesichtet.

*Tabelle 1: Suchstrategien in den ausgewählten Datenbanken*

PubMed	(„palliative care“ [All Fields] OR „terminal care“ [All Fields] OR “end of life care” [All Fields]) AND (VSED [All Fields] OR VRFF [All Fields])
CINAHL	((“palliative care”) OR (“terminal care” ) OR (“end of life care”)) AND ((VSED) OR (VRFF))

## **2.2 Filter**

Um die Aktualität der Literatur zu gewährleisten wurde ein Filter auf das Publikationsdatum von 01.01.2003 bis 12.11.2018 gelegt. Eine Arbeit aus dem Jahr 2001 wurde aufgrund ihrer Aussagekraft über die Einstellung verschiedener Berufsgruppen zum Thema inkludiert. Es wurde nach wissenschaftlichen Arbeiten auf deutscher und englischer Sprache gesucht. Weiters wurden nur Arbeiten eingeschlossen, die sich mit Erwachsenen auseinandersetzten.

## **2.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

Es wurden nur Arbeiten eingeschlossen, in den die Partizipantinnen und Partizipanten entscheidungskompetent und in allen Qualitäten orientiert waren, somit wurden sämtliche Studien die sich mit Krankheitsbildern des Formenkreises der Demenz beschäftigten ausgeschlossen. Weiter wurden Arbeiten in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund von eingeschränkten Kau- und / oder Schluckfunktionen oder ähnlichen Gründen keine Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen konnten, nicht in dieses Review eingeschlossen.

Somit wurden fünf Studien aus ausgewählten wissenschaftlichen Datenbanken und eine Studie durch Handsuche mittels Google Scholar identifiziert und zur Beantwortung der Forschungsfrage in diese Arbeit inkludiert. Der Auswahlprozess wird nachstehend in Abbildung 1 als Flow Chart dargestellt.

## 2.4 Flow Chart

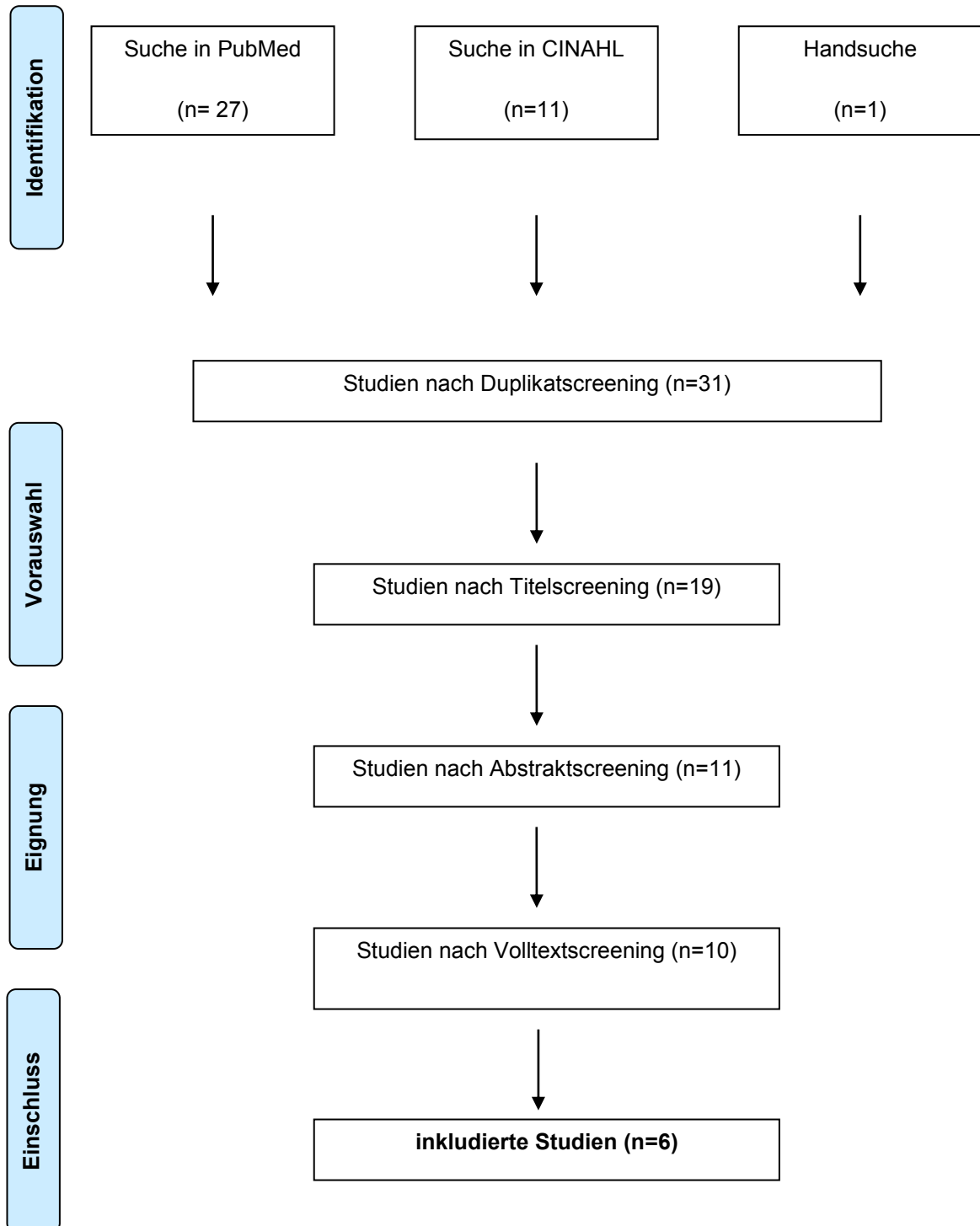


Abbildung 1: Flow Chart der Literatursuche und des Eischlussprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)

## **2.5 Bewertungsinstrument**

Sämtliche wissenschaftliche Arbeiten die zur Beantwortung der Forschungsfrage beigetragen haben, wurden anhand des Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) kritisch analysiert und beurteilt. Die zu beurteilenden Kategorien des Bewertungsbogens gliedern sich wie folgt:

Abstrakt und Titel, Einleitung und Ziele, Methoden und Daten, Stichprobe, Datenanalyse, Ethik und Bias, Ergebnisse, Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit sowie Implikation und Nutzbarkeit. Sämtliche Kategorien wurden anhand einer Skala von 0 bis 4 Punkten bewertet und ergaben somit folgende Bewertungsstufen: Very Poor, Poor, Fair und Good. Die ausgearbeiteten Bewertungsbögen aller verwendeten wissenschaftlichen Arbeiten sind im Anhang ergänzt.

## **3 Eckpunkte der ausgewählten Studien**

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Eckpunkte der ausgewählten Studien in Form einer Tabelle.

Tabelle 2: Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Autoren, Jahr, Land	Titel	Ziel	Studien- design	Stichprobe bzw. Partizipantinnen und Partizipanten
Shinjo T. et al. 2017 Japan	Japanese physicians' experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey	Einstellungen von Ärzten und Pflegepersonen zum Thema kontinuierliche palliative Sedierung zur Symptomkontrolle von Patientinnen und Patienten die sich entschieden haben freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten aufzeigen.	Quantitativ	219 Ärzte 695 Pflegepersonen
Harvath T. et al. 2001 Amerika	Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers	Aufzeigen von Einstellungen von Pflegepersonen und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern gegenüber ärztlich assistiertem Suizid und dem freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.	Quantitativ	307 Pflegepersonen 83 Sozial- arbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter

<p>Bolt E. E. et al. 2015 Holland</p>	<p>Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking</p>	<p>Mehr über die Rolle des Hausarztes in der Betreuung von sterbefastenden Patientinnen und Patienten erfahren.  Beschreiben der Motive, der Charakteristika, des Sterbeprozesses und der Symptome in den letzten 3 Lebenstagen.</p>	<p>Quantitativ</p>	<p>1100 Hausärzte</p>
<p>Wax J. et al. 2017 Amerika</p>	<p>Voluntary stopping of eating and drinking</p>	<p>Aufzeigen einer Möglichkeit die individuelle Angemessenheit von freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu evaluieren.  Symptome, hervorgerufen durch den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, kontrollieren.</p>	<p>Review</p>	

Gruen-ewald D. 2018 Amerika	Voluntarily stopping eating and drinking: a practical approach for long-term care facilities	Vorstellung von praktischen Anregungen und einem Leitfaden für Pflegekräfte, die Patientinnen und Patienten die freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten in Langzeiteinrichtungen begleiten anbieten.	Review	
Klein Remane U., Fringer A., 2013 Schweiz	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review	Einen Überblick über das Spektrum des Phänomens „freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“ zu geben.	Review	

#### 4 Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Studien, die in dieses Literaturreview eingeschlossen wurden, vorgestellt.

Die Intention des Literaturreviews von Klein Remane & Fringer (2013) war es, einen ersten Überblick über das vorhandene Wissen zu geben und einen Reflexionsbeitrag zur Sensibilisierung über das Thema des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit zu leisten. Die Autorin und der Autor konnten anhand ihrer Literaturrecherche eine erste Konzeption zu diesem Thema entwickeln. Es wurden vier Hauptbereiche mit neun Themenfeldern identifiziert. Die nachfolgende

Abbildung gibt einen Überblick über diese Kategorisierung. Die Ergebnisse der übrigen eingebundenen Studien wurden angelehnt an dieses Konzept kategorisiert.

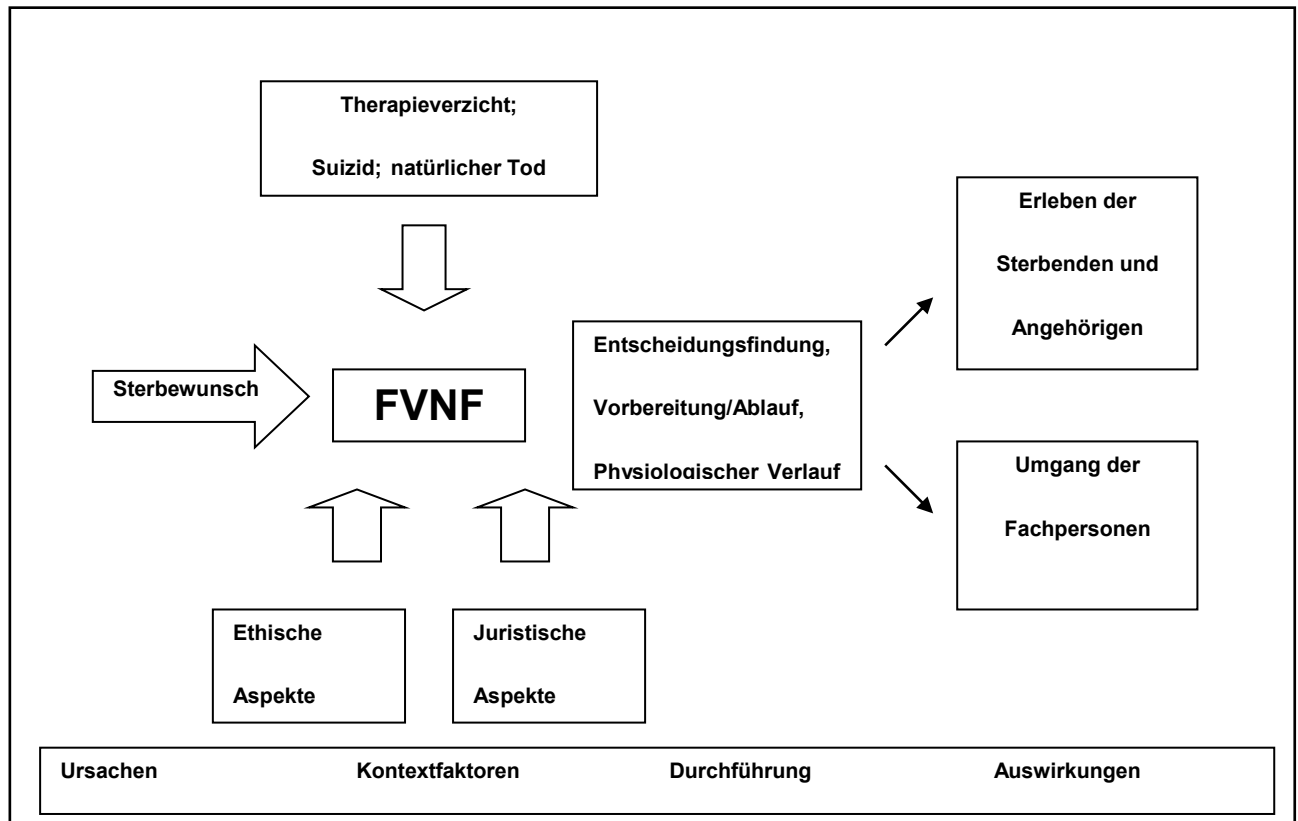


Abbildung 2: Themenskizze zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Klein Remane & Fringer 2013, p.416).

Im nachstehenden Text wird die Abbildung 2 näher erläutert.

Als die vier Hauptbereiche nennen Klein Remane & Fringer (2013) „**Ursachen**“, „**Kontextfaktoren**“, „**Durchführung**“ und „**Auswirkungen**“.

## 4.1 Ursachen

Als Subkategorie zum Bereich „**Ursachen**“ zählt das Themenfeld „*Der Wunsch, das Sterben zu beschleunigen*“.

### **Der Wunsch, das Sterben zu beschleunigen**

Der Wunsch das Sterben zu beschleunigen, liegt nach dem Review von Wax et al. (2017) nicht in erster Linie an starken Schmerzen, sondern an psychischen, sozialen oder spirituellen Aspekten aufgrund deren unheilbar kranke Menschen ihren Tod vorzeitig herbeiführen möchten. Pflegefachpersonen aus den USA, die Menschen während dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung Flüssigkeit begleiten, nennen die Bereitschaft zu sterben, ein Gefühl der Sinnlosigkeit weiterzuleben, geringe Lebensqualität, ein nicht mehr wirksames Symptommanagement und den Wunsch, die Art und Weise des Sterbens zu kontrollieren als Motive für eine solche Entscheidung. Es kam zu dem Ergebnis, das Menschen die sich für einen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entscheiden meist älter sind, an einer ernsten aber nicht zwingend tödlichen Erkrankung die ihre Lebensqualität einschränkt leiden und in einem hohen Maß selbstbestimmt sind.

In der holländischen Umfrage von Bolt et al. (2015) wurden 1100 Hausärzte via Mail über ihre Erfahrungen in der Begleitung von sterbefastenden Menschen befragt. 70% der sterbefastenden Personen waren durchschnittlich 83 Jahre alt. 76% von ihnen waren schwer erkrankt, 77% waren von anderen Menschen pflegerisch abhängig und 74% von ihnen hatten eine Lebenserwartung von weniger als einem Jahr. Somatische und existentielle Motive, wie psychisches und physisches Leiden und keine Aussicht auf eine Besserung des Zustandes zu haben sowie die Abhängigkeit von anderen, wurden als Motive für das Sterbefasten angegeben. Ein weiterer Grund für die Entscheidung auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten war, dass die Bitte um ärztlich assistierten Suizid abgelehnt wurde.

## 4.2 Kontextfaktoren

Der Hauptbereich der „**Kontextfaktoren**“ gliedert sich in „Therapieverzicht, Suizid oder natürlicher Tod“, „Ethische Aspekte und Konflikte“, „Autonomie und Fürsorge“

und „Rechtliche Aspekte“. Eine nähere Erklärung des Begriffs „Kontextfaktoren“ wurde von der Autorin und dem Autor nicht gegeben.

### **Therapieverzicht, Suizid oder natürlicher Tod**

Nach Klein Remane & Fringer (2013) ist der Behandlungsverzicht ein Grundrecht - ethische Richtlinien, gesetzliche Regelungen und berufsständische Leitlinien die in der Schweiz Anwendung finden, stimmen mit dieser Aussage überein. Wenn der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Unterlassung, die zum Tod führt, betrachtet wird, ist dieser als Therapie- bzw. Behandlungsverzicht zu sehen. Wenn die Absichtlichkeit der Handlung betont wird, entspricht die Verweigerung von Essen und Trinken eher einem Suizid. Die Person verlegt den Zeitpunkt ihres Todes nach vorne, jedoch erfolgt kein abruptes Ereignis, das das Ende des Lebens herbeiführt.

### **Ethische Aspekte und Konflikte**

Im zweiten Themenfeld „*Ethische Aspekte und Konflikte*“ beschreiben Klein Remane & Fringer (2013), dass die Betreuung eines Menschen, der seinem Leben ein Ende setzen will, moralische Bedenken hervorrufen kann. Die betreuenden Personen müssen sich mit Werten und ethischen Prinzipien auseinandersetzen. Es muss die eigene persönliche und - im Falle von Fachpersonen - auch die professionelle Haltung definiert werden.

Nach Gruenewlad (2018) kann das Fachpersonal nicht dazu angehalten werden, Handlungen im Zuge des Betreuungsauftrags auszuführen, die den eigenen moralischen Prinzipien und dem persönlichen Glauben widersprechen. Wenn während der Betreuung für das Personal unüberbrückbare Differenzen zwischen dem Betreuungsauftrag und der eigenen Wertehaltung entstehen, soll es ihnen jederzeit ermöglicht werden, von der Begleitung zurückzutreten.

Shinjo et al. (2017) beschreiben in ihrer Umfrage, die via Mail an 219 Ärztinnen und Ärzte und 695 Pflegepersonen in Japan gesendet wurde, die Einleitung einer

dauerhaften, tiefen Sedierung zur Symptomkontrolle im Zuge des Sterbeprozesses aufgrund der Verweigerung von Essen und Trinken als ethischen Konflikt, da die sterbefastende Person ihre getroffene Entscheidung unter diesen Umständen nicht mehr revidieren kann. 15% der befragten Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass es akzeptabel sei, Symptome die während des fortgeschrittenen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit mittels einer dauerhaften, tiefen Sedierung zu behandeln.

81% der niedergelassenen niederländischen Ärztinnen und Ärzten hielten nach Bolt et al. (2015) eine palliative Sedierung zur Symptombehandlung während des Fastens für denkbar.

### **Autonomie und Fürsorge**

Im Themenfeld „*Autonomie und Fürsorge*“ wird das Kontrollbedürfnis des Menschen als Ausdruck von Autonomie den Werten von Fachpersonen gegenübergestellt, die „Leiden lindern“, „Leben schützen“ und „Gutes Tun“ beinhalten. Es ist nicht die Aufgabe der Fachpersonen, die Ziele eines Menschen zu hinterfragen. Fürsorge unterscheidet sich durch das Interesse am Gegenüber vom Paternalismus, welcher dieses Gegenüber bevormundet. Patientinnen und Patienten sollen auf ihrem Weg zur Entscheidung begleitet werden, ihre Entscheidungen sollen nicht beeinflusst werden. In westlichen Kulturen steigt das Bedürfnis der Menschen, bis zuletzt die Kontrolle über das eigene Leben zu behalten und den Zeitpunkt und die Umstände ihres Sterbens bestimmen zu können. Fachpersonen kommen mit sich selbst in Konflikt, wenn trotz guter palliativer Betreuung das Leiden eines zu betreuenden Menschen nicht gelindert werden kann. Selbsttötung ist für manche gerechtfertigt, wenn diese aufgrund von unerträglichen Schmerzen zum Selbstschutz dient. Einige können die Betreuung von Menschen, die ihr Sterben beschleunigen aufgrund ihrer Intention das Leben zu schützen nicht durchführen. Können Fachpersonen Handlungen nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren, weil sie ihren Wertvorstellungen widersprechen, sind sie nicht verpflichtet diese auszuführen. Es kann innerhalb der Einrichtung eine

Überweisung an eine andere behandelnde Person empfohlen und initiiert werden (Klein Remane & Fringer 2013).

Als viertes Themenfeld des Bereiches „**Kontextfaktoren**“ nennen Klein Remane & Fringer (2013) „*Rechtliche Aspekte*“.

### **Rechtliche Aspekte**

Rechtlich betrachtet steht der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Schweiz im Spannungsfeld zwischen der Pflicht des Staates, Leben zu schützen und der persönlichen Freiheit, über die Art und den Zeitpunkt der Beendigung des Lebens zu entscheiden. Die Begleitung von Menschen, die Nahrung und Flüssigkeit verweigern, ist legal und kann nicht als Beihilfe zum Suizid eingeordnet werden. Da die Entscheidung auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten in den ersten Tagen reversibel ist, ist die Durchführung klar von Suizid und Sterbehilfe zu differenzieren. Somit ist die Entscheidung eines urteilsfähigen, sterbewilligen Menschen Nahrung und Flüssigkeit abzulehnen, international zu respektieren. Ob der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Schweiz rechtlich als Suizid einzuordnen ist, konnte nicht geklärt werden (Klein Remane & Fringer 2013).

Wax et al. (2017) empfehlen das Niederschreiben des Willens in Form einer Patientenverfügung damit auch im Falle einer Bewusstlosigkeit bzw. im Falle eines Delirs im Zuge des Sterbefastens, also im Falle des Verlusts der Entscheidungs- und Mitteilungsfähigkeit, im Sinne der Patientin bzw. des Patienten gehandelt wird.

Als dritter Hauptbereich wurde von Klein Remane & Fringer (2013) der Begriff der „**Durchführung**“ identifiziert.

### **4.3 Durchführung**

Die Themenfelder zu diesem Überbegriff sind „*Entscheidungsfindung*“, „*Vorbereitungen und Ablauf*“ und „*Physiologischer Verlauf*“.

## **Entscheidungsfindung**

Nach Klein Remane & Fringer (2013) behandelt das Themenfeld „*Entscheidungsfindung*“ die großen Herausforderungen des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit: die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit und die Begleitung der Entscheidungsfindung. Grundvoraussetzung ist, dass die Person entscheidungsfähig und gut informiert ist. Der Ausschluss von Manipulationen durch äußere Einflussfaktoren wie zum Beispiel durch die Familie, ökonomische Aspekte oder das Empfinden, für andere eine Last zu sein, muss gewährleistet sein. Es muss sichergestellt sein, dass keine psychische Erkrankung vorliegt. Es wird kontrovers diskutiert, ob kranke Menschen in der letzten Lebensphase aktiv über die Möglichkeit freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, um das Sterben zu beschleunigen, informiert werden sollen oder ob das Fachpersonal nur nach Nachfrage Auskunft geben sollte. Hauptsächlich geht es hierbei um die Aspekte der Beeinflussung und der Eigenverantwortung. Die Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit durch Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Demenz bedarf einer eigenen fachlichen Auseinandersetzung und wird darum hier nicht berücksichtigt.

Gruenewald (2018) betont, dass aktives und sorgsames Zuhören, um das Leiden und die Gründe der Entscheidung der sterbewilligen Person zu verstehen, unumgänglich ist. Es muss sichergestellt werden, dass die Patientin bzw. der Patient und auch die Angehörigen die Erkrankung selbst und ihre Folgen, sowie die Prognose vollständig verstanden haben. Die Entscheidungsfähigkeit der Person muss erhoben und festgestellt werden. Eine im Voraus aufgesetzte und gültige Patientenverfügung nimmt in der weiteren Begleitung während des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit viel Unsicherheit und stellt sicher, dass dem Willen der zu betreuenden Person auch dann noch entsprochen wird, wenn Bewusstlosigkeit oder ein Delir eintritt.

## **Vorbereitungen und Ablauf**

Im Themenfeld „*Vorbereitungen und Ablauf*“ wird von Klein Remane & Fringer (2013) aufgezeigt, dass die Sterbewilligen den Sterbeprozess mit den ihnen nahestehenden Personen planen, dass alle beteiligten Akteurinnen und Akteure in die Vorbereitungen miteinbezogen und spezifische Aufgaben definiert werden. Es müssen praktische Voraussetzungen geschaffen und rechtliche und organisatorische Aspekte geregelt werden.

Nach Gruenewald (2018) muss einer Begleitung beim Sterbefasten eine umfangreiche Planung, Information und Gesprächsführung vorausgehen. Die Einrichtungsleitung soll über das Vorhaben der Patientin bzw. des Patienten informiert werden. Das Personal muss auf mögliche Szenarien vorbereitet werden, die während der Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz auftreten können oder werden. Eine rund-um-die-Uhr-Versorgung durch gut ausgebildetes Personal muss sichergestellt sein. Für die Patientin bzw. den Patienten und die Angehörigen soll ein möglichst privates und geschütztes Setting ermöglicht werden. Idealerweise wird im interdisziplinären Team mit der sterbefastenden Person und deren Angehörigen geplant, wie auf Pflegeprobleme wie Mundtrockenheit oder delirante Zustandsbilder und einem geäußerten Verlangen von Essen und Trinken durch die Patientin oder den Patienten reagiert wird.

Von manchen Menschen werden nach Klein Remane & Fringer (2013) die Reduktion der Trinkmenge im Vorfeld und die Darmentleerung zu Beginn des Fastens als hilfreich erlebt. Es erfolgt eine Reduktion der Flüssigkeitsaufnahme auf 40ml pro Tag um die Medikamenteneinnahme und die Mundpflege zu gewährleisten. Pflegerische Maßnahmen zur Befeuchtung der ausgetrockneten Mundschleimhaut zur Durststillung sind weitaus effektiver als eine Flüssigkeitszufuhr.

Wax et al. (2018) nennt eine forcierte Mundpflege mit künstlichem Speichel, Wasser Sprays oder Barriere Salben als eine der wichtigsten pflegerischen Interventionen. Mit einer guten Mund- und Lippenpflege kann das Durstgefühl ohne die Aufnahme von Flüssigkeit gemanagt werden. Weitere Symptome, die als Folge von Dehydration auftreten können sind Nasenbluten, Probleme bei der

Harnausscheidung aufgrund der steigenden Konzentration des Urins, gelegentlich auftretende abdominale Krämpfe und Verstopfung. Zur Behandlung des Nasenblutens werden Nasensalben empfohlen. Solange die Patientin bzw. der Patient unter einer problematischen Harnausscheidung leidet, kann ein Blasenverweilkatheter gelegt werden. Dieser soll aber entfernt werden, wenn sich die Harnausscheidung eingestellt hat. Zur Behandlung von Bauchkrämpfen werden Analgetika und bei Verstopfung Abführmittel empfohlen. Hunger wird als gut tolerierbar und nur kurz anhaltend beschrieben. Es entsteht eine zunehmende Hilfsbedürftigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens welche auch das Betreuungsausmaß umfangreicher gestaltet. Wenn die Mobilität dementsprechend beeinträchtigt ist, muss auf regelmäßige, prophylaktische Lagerungswechsel und Positionierungen geachtet werden. Schmerz- und Beruhigungsmittel zur Symptombehandlung und Psychopharmaka bei Unruhe und Delir sind nach Klein Remane & Fringer (2013) die am häufigsten eingesetzten Medikamente. Die Anpassung der Medikation sollte täglich erfolgen.

Da es sich um die letzte Zeit handelt, stehen das Erledigen letzter Dinge und das Abschiednehmen im Mittelpunkt der Aktivitäten. Die Aufgaben der Begleitpersonen bestehen vor allem darin, bei der fastenden Person zu sein und auf ein gutes Symptommanagement zu achten. Es kommt vor, dass Menschen beginnen, wieder Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Als Motive dafür werden der Druck der Angehörigen, die Ermutigung zu essen, reduziertes Wohlbefinden durch Hunger, Verminderung der Depression oder Erleichterung bezüglich anderer belastenden Faktoren genannt. Besonders herausfordernd ist die Situation, wenn fastende Menschen nach einem Getränk verlangen, wenn sie sich bereits in einem deliranten Zustandsbild befinden. Es wird empfohlen, das gewünschte zu geben. Wenn öfter Flüssigkeit verlangt wird, sollte das gesamte Vorgehen überdacht werden.

### **Physiologischer Verlauf**

Zum Themenfeld „*Physiologischer Verlauf*“ konnten keine Untersuchungen über die körperlichen Vorgänge während des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und

Flüssigkeit identifiziert werden. Durch die Beobachtung von Hungerstreikenden und Langzeitfastenden bei Adipositas durch Expertinnen und Experten werden trockener Mund, Durst, Delir durch auftretende Elektrolytverschiebungen und in seltenen Fällen Hunger berichtet. Durch das Ansteigen des Harnstoffes im Blut tritt vermehrte Schläfrigkeit und nach einigen Tagen Bewusstlosigkeit auf. Durch die Zufuhr von kleinen Flüssigkeitsmengen wird der Sterbeprozess zwar verlängert jedoch wird die Harnstoffausscheidung angeregt und somit Phasen geistiger Klarheit bis kurz vor dem Sterben ermöglicht. Die häufigsten Ursachen des Todes sind Kreislaufstillstand infolge der Dehydrierung oder eine Komplikation wie zum Beispiel eine Lungenentzündung. Der Tod tritt in der Regel nach ein bis drei Wochen im tiefen Schlaf ein (Klein Remane & Fringer 2013).

Shinjo et al. (2017) nennen Schmerzen, Müdigkeit, eingeschränkte kognitive Funktionen, Hunger, Durst und einen trockenen Mund als Hauptsymptome die während des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit auftreten.

Im Literaturreview von Wax et al. (2017) werden Durst, Hunger, Veränderungen der Harnausscheidung, Schwäche, Delir und Somnolenz als belastende Symptome während des Sterbefastens angeführt.

Bolt et al. (2015) fanden durch ihre Umfrage heraus, dass Symptome wie Schmerzen, Fatigue, kognitive Einschränkungen, Durst und Mundtrockenheit am häufigsten auftreten und das vom Beginn des Sterbefastens bis zum Eintritt des Todes durchschnittlich sieben Tage vergehen. In 8% der begleiteten Fälle dauerte der Sterbeprozess mehr als 14 Tage.

#### **4.4 Auswirkungen auf die Akteure**

Der letzte Bereich „**Auswirkungen auf die Akteure**“ wird von Klein Remane & Fringer (2013) in die Themenfelder „*Das Erleben der Sterbenden und der Angehörigen*“ und „*Der Umgang der betreuenden Fachpersonen mit freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*“ gegliedert.

## **Das Erleben der Sterbenden und der Angehörigen**

Im Themenfeld „Das Erleben der Sterbenden und der Angehörigen“ wird von Klein Remane & Fringer (2013) dargestellt, dass der Sterbeprozess in den wenigen vorhandenen Studien und Berichten sehr ähnlich dargestellt wird. Das Geschehen wird als langsam und überwiegend friedlich beschrieben. In der Literatur wurden keine negativen Erfahrungen berichtet. Es wird beschrieben, dass die Entscheidung eines Menschen, das Sterben willentlich herbeizuführen, bei Angehörigen ambivalente Gefühle hervorruft, da Essen und Trinken auch ein Ausdruck von Liebe, Fürsorge und Zusammengehörigkeit ist. Der Gedanke an quälenden Durst als Folge des totalen Flüssigkeitsverzichts macht vielen Menschen Angst. Angehörige können sich mitverantwortlich, überfordert, nutzlos und abgelehnt fühlen. Sind die Angehörigen jedoch gut informiert, können sie den Sterbenden hilfreich unterstützen.

## **Der Umgang der betreuenden Fachpersonen mit freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit**

Im Themenfeld *„Der Umgang der betreuenden Fachpersonen mit freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“* beschreiben Klein Remane & Fringer (2011), dass sich Fachpersonen mit den Dimensionen der Verweigerung von Essen und Trinken sowie mit der Abgrenzung zur Suizidbeihilfe und mit dem eigenen Rollenverständnis auseinandersetzen müssen. Die Handlungsfelder der Fachpersonen sind Information, Beratung und palliative Betreuung.

Nach Wax et al. (2017) sollen individuelle Anfragen nach Informationen und nach Unterstützung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit durch eine Ärztin bzw. durch einen Arzt klinisch erhoben und evaluiert werden. Es ist festzustellen, welche Gründe die Entscheidung veranlassen haben. Besondere Aufmerksamkeit ist auf psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, bipolare Störungen, psychotische Zustände, Essstörungen oder Suchterkrankungen zu legen. Diese genannten sind Kontraindikationen. Der Patientin bzw. dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, die

Beweggründe vollständig darzustellen. Es sollen weitere Optionen wie verschiedene zur Verfügung stehende Behandlungen aufgezeigt und besprochen werden. Wenn eine sterbewillige Person während des Sterbefastens unterstützt werden soll, müssen im Vorfeld bereits einige Voraussetzungen gegeben, bzw. Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die Institution und alle Personen, die mit der Betreuung betraut werden, müssen auf die Aufgabe, die auf sie zukommt, gut vorbereitet werden. Das Ende des Lebens soll gut geplant werden. Offene Gesprächsführungen sowohl im interdisziplinären Team als auch mit der Patientin bzw. mit dem Patienten und auch mit den Angehörigen dienen dazu, Unsicherheiten und Ängste anzusprechen und eine gute Versorgung sicherzustellen.

In der Umfrage von Shinjo et al. (2017) gaben 32% der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Japan an, dass sie bereits Erfahrung mit der Begleitung von Patientinnen und Patienten, die freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit verzichteten, um das eigene Sterben zu beschleunigen, hatten. 15% der Partizipantinnen und Partizipanten äußerten, eine dauerhafte tiefe Sedierung zur Symptomkontrolle während des Sterbeprozesses zu befürworten. 36% empfanden diese Intervention als nicht akzeptabel.

Die Umfrage von Bolt et al. (2015) ergab, dass es in den Niederlanden nicht unüblich ist, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit der Begleitung von sterbefastenden Patientinnen und Patienten konfrontiert sind. 46 % der Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass sie bereits Erfahrung in der Begleitung von Menschen, die Nahrung und Flüssigkeit verweigerten, haben. Ein Drittel der befragten Personen haben von sich aus über das Sterbefasten informiert, wenn Patientinnen und Patienten um ärztlich assistierten Suizid baten. In der Hälfte der Fälle war die zuständige niedergelassene Ärztin bzw. der zuständige niedergelassene Arzt über die Absicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten informiert. 62% der Durchführungen wurden ärztlich begleitet.

Harvath et al. (2001) erforschten mittels ihrer in Amerika durchgeführten Umfrage, dass es in der Einstellung von 307 befragten Pflegefachpersonen und 83 befragten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern zu den Themen freiwilliger

Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und ärztlich assistiertem Suizid einen signifikanten Unterschied gab. Die Einstellung der Fachpersonen bezüglich der Ablehnung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, um das eigene Sterben zu beschleunigen, wurde positiver empfunden als ärztlich assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen.

Generell äußerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Entscheidung Essen und Trinken zu verweigern zu unterstützen. Nur 2,6% der Befragten gaben an, dass der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit unmoralisch und unethisch sei. Die Fachpersonen äußerten, dass das Sterbefasten eine Option für Patientinnen und Patienten sein sollte, die physisch, psychisch oder spirituell leiden. 95,4% der Partizipantinnen und Partizipanten gaben an, dass sie Menschen die sich entscheiden, ihr Sterben zu beschleunigen indem sie Essen und Trinken verweigern, begleiten würden. Allgemein kann gesagt werden, dass je wichtiger die Religion im Leben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war, die Bereitschaft sterbefastende Menschen zu unterstützen, sank. 70,7% äußerten, sich selbst dafür zu entscheiden, wenn sie unheilbar krank würden. Weiter gaben sie an, im beruflichen Kontext leichter mit Kolleginnen und Kollegen und Patientinnen und Patienten über einen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als über einen ärztlich assistierten Suizid sprechen zu können. Das Alter, die Berufserfahrung, die Wichtigkeit der Spiritualität, der professionelle Hintergrund und die Religionszugehörigkeit der Befragten hatte keinerlei Einfluss auf deren Einstellung. Auch ob die Berufsausübung in einem Hospiz im ländlichen oder städtischen Bereich ausgeführt wurde, ergab keinen Unterschied.

## **5 Diskussion**

Das Ziel dieser Forschungsarbeit war es aufzuzeigen, welche Interventionen seitens der Pflegenden ergriffen werden können um Patientinnen und Patienten die sich dazu entschlossen haben, freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten um ihr Sterben zu beschleunigen und ihr Leid am Lebensende somit zu verkürzen, professionell begleiten zu können.

Als Ursachen für den Wunsch das Sterben zu beschleunigen nennen Klein Remane & Fringer (2013) und Wax et al. (2017) eine eingeschränkte Lebensqualität und ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit. In der Umfrage von Bolt et al. (2015) wurde beschrieben, dass die Abhängigkeit von Anderen als Motiv für einen schnelleren Tod angegeben wurde. Monforte-Royo et al. (2012) nennen folgende Motive das Sterben beschleunigen zu wollen: Verlust von Funktion, Kontrolle, Würde und des Lebenssinns, Angst vor dem Sterbeprozess, sowie die Möglichkeit den Leidensweg zu beenden und somit Kontrolle über das eigene Ende zu haben. Ivanovic, Büche & Fringer (2013) nennen den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Alternative zu ärztlich assistierten Suizid und gewünschter aktiver Sterbehilfe um das eigene Leben zu beenden, wenn palliative Maßnahmen zum Symptommanagement nicht mehr effektiv sind und somit der Wunsch, das Sterben zu beschleunigen, entsteht. Schwarz (2012) beschreibt zusätzlich zwei Arten, wie Menschen mit Krankheit umgehen. Manche Menschen nehmen das Leid, dass sie während einer progressiven Erkrankung erleben als Gott gegeben und ertragen es. Andere können die Verluste, die mit der Krankheit einhergehen, die Abhängigkeit von anderen Menschen, Schmerzen und körperliche Einschränkungen nicht akzeptieren und wollen darum ihr Leben vorzeitig beenden bzw. den Sterbeprozess vorantreiben. Diese Menschen entscheiden sich oft dafür, freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten.

Nach Klein Remane & Fringer (2013) und Gruenewald (2018) ist es im Zuge der Entscheidungsfindung unerlässlich, die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Patientin bzw. des sterbewilligen Patienten festzustellen. Auch Ivanovic, Büche & Fringer (2013) nennen das Vorhandensein der Entscheidungsfähigkeit als Grundvoraussetzung zum Sterbefasten. Klein Remane & Fringer (2013) beschreiben, dass während der Entscheidungsfindung ein Ausschluss von Manipulation durch externe Faktoren wie zum Beispiel durch die Familie oder durch ökonomische Aspekte oder auch durch psychische Erkrankungen ausgeschlossen werden muss. Diese Aussage unterstützen Hoeskra & Simon (2015) und ergänzen, dass eine autonome Entscheidung nur getroffen werden kann, wenn die Patientin bzw. der Patient verstanden hat, dass der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zum Tod führt und über den Verlauf und

mögliche Alternativen aufgeklärt ist. Außerdem wird betont, dass zur Entscheidungsfindung ein ausführliches und offenes Gespräch mit der sterbewilligen Person und den Angehörigen über den Todeswunsch, die Motivation zu sterben, die Bedürfnisse und Ängste stattfinden muss.

Klein Remane & Fringer (2013) und Gruenewald (2018) erarbeiteten in ihren Literaturreviews, dass im Vorfeld des Sterbefastens viel Planung erfolgen muss. Die Angehörigen und das Personal der Institution müssen in die Versorgungsplanung eingebunden und mögliche auftretende Szenarien durchgesprochen werden. Hoekstra & Simon (2015) ergänzen, dass Patientinnen und Patienten die freiwillig auf Essen und Trinken verzichten international keinen grundsätzlichen Anspruch auf eine Aufnahme auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz haben. Eine Indikation hängt vom Einzelfall und auch von den Platzressourcen der Institutionen ab.

Weiter wird beschrieben, dass es idealer Weise bereits im Voraus geklärt wird, wie mit der Forderung nach Essen und Trinken durch die die sterbefastende Person im Zuge von deliranten Zustandsbildern umgegangen werden soll. Nach Klein Remane & Fringer (2013) soll das gewünschte gegeben werden. Oliver Tolmein (2018) bekräftigt in seiner Abhandlung diese Aussage und ergänzt diese damit, dass im Idealfall bereits im Zuge der Vorbereitungen der Wille der Patientin bzw. des Patienten durch eine Patientinnen- bzw. Patientenverfügung festgehalten wird.

In allen 6 bearbeiteten Studien wurden Durst und Mundtrockenheit als belastendste Symptome während des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit genannt. Hunger wurde als nebensächlich beschrieben. Weiters nannten alle Autorinnen und Autoren eine forcierte Mundpflege als eine der wichtigsten Interventionen, um bei der Betreuung von Menschen während des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit die Symptome Durst und Mundtrockenheit zu lindern. Auch Ivanovic, Büche & Fringer (2013) und Charbot & Goedhart (2003) bestätigen, dass mit Mundpflege ein gutes Symptommanagement betrieben werden kann, wenn diese engmaschig durchgeführt wird. In Shinjo et al. (2017) und Wax et al. werden außerdem Schmerz und Delir als häufige Komplikationen während des Prozesses des Sterbenfastens beschrieben. Klein Remane & Fringer

(2013) nennen ebenfalls Schmerz und Delir als häufig und empfehlen in ihrem Review, die Medikation diesbezüglich täglich anzupassen. Ivanovic, Büche & Fringer (2013) konnten in ihrem Review keine weiteren unterstützenden Pflegeinterventionen identifizieren.

Klein Remane & Fringer (2013) beschreiben, dass die Entscheidung eines Menschen, sein Leben mittels des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit vorzeitig zu beenden, bei Angehörigen ambivalente Gefühle hervorruft. Saladin, Schepp & Fringer (2018) bekräftigen diese Aussage. In der durchgeführten Fallstudie beschrieb der Gatte einer durch Verweigerung von Essen und Trinken verstorbener Frau, dass der Verlust für ihn sehr schwer zu ertragen war. Er hatte die Entscheidung aber von Beginn an verstanden und akzeptiert. Der Sohn der Verstorbenen konnte mit der Entscheidung nicht umgehen. Der körperliche Verfall der Mutter war für ihn fürchterlich. Nach dem Tod empfand er den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Hilfe zur Erlösung von ihrem Leid.

Klein Remane & Fringer (2013) stellten fest, dass der Sterbeprozess in den wenigen vorhandenen Studien sehr ähnlich, als langsam und friedlich, beschrieben wird. Die Aussage des Gatten in der Fallstudie von Saladin, Schepp und Fringer (2018) bekräftigt dies. Er nannte das Sterben seiner Frau als würdevoll, erlösend und friedlich.

Klein Remane & Fringer (2013) und Harvath et al. (2001) erforschten, dass die Bereitschaft von Pflegepersonen, sterbefastende Patientinnen und Patienten zu betreuen davon abhing, ob sie den Prozess als Suizid oder als natürlichen Tod betrachteten. Diese Aussage bestätigten Hoekstra & Simon (2015). Eine dauerhafte, tiefe Sedierung als Mittel zum Symptomanagement wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

Bolt et al. (2015) erforschten in ihrer durchgeführten Umfrage, dass vom Beginn des Sterbefastens bis zum Tod durchschnittlich sieben Tage vergehen. Klein Remane & Fringer (2013) geben in ihrem Literaturreview an, dass der Tod in der Regel nach ein bis drei Wochen eintritt. In der Fallstudie von Schwarz (2013) trat der Tod der sterbefastenden Patientin am neunten Tag nach Beginn des Verzichts ein.

## **6 Schlussfolgerung**

Die Bearbeitung der vorhandenen Literatur im Zuge der Erstellung dieser Literaturübersicht hat gezeigt, dass zum Thema des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen, sehr wenig bekannt ist. Als wichtigste pflegerische Intervention kann eine forcierte Mundpflege zum Symptomanagement der auftretenden Mundtrockenheit genannt werden. In der Literatur wird empfohlen, eine offene Gesprächskultur zwischen allen Beteiligten zu ermöglichen und zu fördern und so früh wie möglich mit einer adäquaten Planung zu beginnen. Unumstritten ist, dass Menschen die auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, im Verlauf des Fastens palliative Betreuung bedürfen. Zum Zeitpunkt der Literaturrecherche konnte keine qualitative Studie, die Erfahrungen oder das Erleben der sterbefastenden Person während des Prozess beschreiben, identifiziert werden. Zum Erleben der Angehörigen gibt es einige wenige Fallstudien. Angehörige beschreiben den Tod als überwiegend friedlich und würdevoll.

## **7 Stärken und Limitationen**

Folgend werden Stärken und Limitation des vorliegenden Literaturreviews aufgezeigt.

### **7.1 Stärken**

Eine Stärke dieser Arbeit ist es, dass über den österreichischen und auch über den europäischen Raum hinaus, mit internationaler Literatur aus von drei verschiedenen Kontinenten (Europa, Asien und Amerika) gearbeitet wurde. Die Arbeiten halfen, das existierenden Wissen über dieses sensible Thema zu vergrößern und zusammenzufassen und sind aktuell, da fünf der sechs verwendeten Studien in den letzten zehn Jahren verfasst wurden. Als Stärke kann auch genannt werden, dass die Einstellung von verschiedenen Professionen erfragt wurde.

## **7.2 Limitationen**

Es wurden zwei wissenschaftliche Datenbanken zur Suche verwendet. Aufgrund der vorhandenen Sprachkenntnisse wurde nach deutscher und englischer Literatur gesucht. Eine Studie wurde in das Review eingeschlossen, die die Aktualität von zehn Jahren nicht erfüllt.

## **8 Empfehlungen**

Im folgenden Kapitel werden Empfehlungen für die Forschung und für die Praxis gegeben.

### **8.1 Forschungsempfehlungen**

Das Literaturreview zeigt, dass es bereits Wissen über dieses Thema gibt. Es gibt jedoch viele offene Fragen. Diese Fragen beziehen sich auf die Begleitung des Prozesses durch Personal im Gesundheitswesen, auf die rechtliche Definition und die Rahmenbedingungen in Österreich, sowie den Verlauf und die Erfahrungen mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Ende des Lebens und die Auswirkungen auf die Trauerverläufe der Hinterbliebenen.

### **8.2 Praxisempfehlungen**

Für die Praxis kann empfohlen werden, in einem regen Gesprächs- und Informationsaustausch interdisziplinär, mit der sterbepflegenden Patientin bzw. dem sterbepflegenden Patienten und den Angehörigen zu stehen. Allgemein ist es wesentlich, An- und Zugehörige eng in die Betreuungsplanung einzubinden. Für Fachpersonal ist es unumgänglich, der sterbewilligen Person aktiv und aufmerksam zuzuhören, damit die Intention zu sterben verstanden werden kann. Personal, das die Begleitung mit den eigenen Wertvorstellungen und Prinzipien nicht vereinbaren kann, wird geraten, dies offen zu kommunizieren und gegebenenfalls vom Betreuungsauftrag zurückzutreten. Als wichtigste Pflegeintervention wird einheitlich eine forcierte Mundpflege empfohlen.

## 9 Quellenverzeichnis

Birnbacher, D., 2014, *Ist Sterbefasten eine Form von Suizid?* Ethik Med, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Bolt., E., E., Hagens, M., Willems, D. & Onwuteaka-Philipsen, B., D., 2015, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking*, Annals Of Family Medicine, vol. 13, no. 5, pp. 421-428.

Charbot, B., E., & Goedhart, A., 2003, *A survey of self - directed dying attended proxies in den Dutch population*, Social Science & Medicine, vol. 68, no. 10, pp. 1745-1751.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband, viewed 30 october 2018, <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de>

European Association for Palliative Care (EAPC) 1989, Definition of palliative care, viewed 27 october 2018

<http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>.

Fehn, S. & Fringer, A., 2017, *Notwendigkeit, Sterbefasten differenzierter zu betrachten*, Schweizerische Ärztezeitung, vol. 98, no. 36, pp. 1161-1163.

Feichtner, A., Weixler, D., & Birklbauer, A., 2018, *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen*, Wien Med Wochenschrift, vol. 168, no. 211, pp. 7-8.

Gruenewald, D., A., 2018, *Voluntarily stopping eating and drinking: a practical approach for long-term care facilities*, Journal of Palliative medicine, vol. 21, no. 9.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) § 22b, viewed 08.03.2019 <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&Artikel=&Paragraf=22b&Anlage=&Uebergangsrecht=>

Harvath, T., Miller, L., M., Goy, E., Jackson, A., Delorit, M. & Ganzini, L., 2001, *Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers*, Journal of Palliative Nursing, vol. 10, no. 5, pp. 236-243.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M., & Powell, J., 2002, *Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically*, Qualitative Health Research, vol. 12, no 9, pp. 1284-1299.

Hoekstra, N., L., & Simon, A., 2015, *Sterbefasten - Hilfe im oder zum Sterben?* Dtsch Med Wochenschr, vol. 140, pp. 1100-1102.

Ivanovic, N., Büche, D. & Fringer, A., 2013, *Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a systematic search and review` giving insight into an option for hastening death in capacitated adults at the end of life*, BMC Palliative Care, vol. 13, no. 1.

Klein Remane, U., & Fringer, A., 2013, *Freiwilliger verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: ein Mapping Review*, Pflege, vol. 26, no.6, pp. 411-420.

Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani-Chugani, V. & Balaquer, A., 2012, *What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients*, PLoS One, vol. 7, no. 5.

Saladin, N., Schnepf, W. & Fringer, A., 2018, *Voluntary stopping of eating and drinking (VSED) as an unknown challenge in a long-term care institution: an embedded single case study*, BMC Nursing, vol. 17, no. 39.

Schwarz, J., K., 2012, *Hospice care for patients who choose to hasten death by voluntarily stopping eating and drinking*, Journal of Hospice & Palliative Nursing, vol. 16, no. 3, pp. 126-131.

Shinjo, T., Morita, T., Kuichi, D., Ikenaga, M., Abo, H., Maeda, S., Tsuneto, S., & Kizawa Y., 2017, *Japanese physician's experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey*, BMJ Supportive & Palliative Care, pp. 1-3.

Tolmein, O., 2017, *Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und rechtliche Fragestellungen in der deutschen Debatte*, Z Palliativmed, no. 19, pp. 141-148.

Wax.J., W., An, A., W., Kosier, N. & Quill T., E., 2017, *Voluntary stopping eating and drinking*, Journal of the American Geriatrics Society, vol. 66, no. 3, pp. 441-445.

World Health Organization 2017, Fact sheet Palliative Care, viewed on 4 november 2018, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.

Ziegler, A., Antes, G. & König, I., R., 2011, *Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta - Analysen: Das PRISMA – Statement*, Dtsch Med Wochenschr, vol. 139, pp. e9-e15.

## 10 Anhang

Im Anhang sind das Tabellen- und das Abbildungsverzeichnis sowie die Bewertung der analysierten Studien ersichtlich.

### 10.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1..... Suchstrategien in den ausgewählten Datenbanken

Tabelle 2..... Charakteristika der ausgewählten Studien

### 10.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1..... Flowchart der Literatursuche und des Einschlussprozesses

Abbildung 2 Themenskizze zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

### 10.3 Bewertung der eingeschlossenen Studien

**Klein Remane, U., & Fringer, A., 2013, *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Palliative Care: Ein Mapping Review.***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **36 Punkte = 100%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Good = 4 Pkt.
Der Titel ist repräsentativ und enthält Design und wichtige Keywords, das Setting und die Population sind nicht genannt. Der Abstrakt ist gut gegliedert. Es enthält den bisherigen Wissensstand zum Thema, das Ziel der Forschung, die Population, die Methode und eine Forschungsempfehlung wurde	

gegeben.	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Good = 4 Pkt.
Die Einleitung ist gut aufgebaut und führt vom Generellen zum Spezifischen. Die Forschungslücke und das Forschungsziel wurden klar definiert.	
<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Good = 4 Pkt.
Die Methode wurde passend ausgewählt und genau und verständlich erklärt. Die Datenerhebung erfolgte nicht strukturiert.	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Good = 4 Pkt.
Die Auswahl der Literatur wurde im Methodenteil klar und strukturiert aufgezeigt. Diese gut nachvollziehbar und verständlich.	
<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Good = 4 Pkt.
Die Erhebung der Daten ist gut dargestellt. Die Analyse der Daten ist in Form einer Themenskizze bzw. eines Konzeptes gut dargestellt.	
<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Good = 4 Pkt.
Es konnten keine ethischen Diskrepanzen erkannt werden. Es wird erklärt, dass der Zweitautor durch Fördergelder unterstützt wurde	

<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Resultate der Forschung sind sehr strukturiert und klar formuliert.	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse können in die Praxis implementiert und eine große Population abgedeckt werden.	
<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind für die gelebte Praxis aber auch darüber hinaus brauchbar.	

**Shinjo, T., Morita, T., Kuichi, D., Ikenaga, M., Abo, H., Maeda, S., Tsuneto, S., & Kizawa Y., 2017, *Japanese physician's experiences of terminally ill patients voluntarily stopping eating and drinking: a national survey***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **35 Punkte = 97%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Good = 4 Pkt.
Der Titel ist klar formuliert und enthält das Design, die Population und das Setting. Der Abstrakt ist gut strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen.	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Good = 4 Pkt.
Das Ziel ist klar aber nicht in Form einer Forschungsfrage formuliert. Der Hintergrund ist gut dargestellt und geht vom Allgemeinen ins Spezifische.	

<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Good = 4 Pkt.
Die Methode ist dem Forschungsgegenstand angepasst. Die Datenerhebung ist ins Detail beschrieben und nachvollziehbar.	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Good = 4 Pkt.
Die Strategie war angemessen um die Ziele zu erreichen.	
<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nachvollziehbar und gut dargestellt.	Good = 4 Pkt.
<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Good = 4 Pkt.
Es gibt ein positives Ethikvotum, Es wurden keine Interessenskonflikte angegeben. Es wird beschrieben, welche Institutionen die Studie mittels Geld gefördert haben.	
<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse wurden in Form einer Tabelle sehr übersichtlich und klar dargestellt.	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse der Studie sind in mehreren Settings anwendbar. Die Ergebnisse können in die Praxis transferiert werden und sind generalisierbar.	
<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings	Fair = 3 Pkt.

to policy and practice?	
Das generierte Wissen durch die Studie ist wichtig. Die Implementierung in die Pflegepraxis ist fraglich	

**Gruenewald, D., A., 2018, *Voluntarily stopping eating and drinking: a practical approach for long-term care facilities.***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **25 Punkte = 70%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Fair = 3 Pkt.
Der Titel enthält lediglich das Forschungsgebiet. Der Abstrakt ist mäßig gegliedert aber verständlich	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Fair = 3 Pkt.
Der Hintergrund ist relativ gut dargestellt und logisch. Das Ziel der Forschung ist klar dargestellt.	
<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Poor = 2 Pkt.
Kurz und knapp erklärt	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Very Poor = 1 Pkt.
Nicht erwähnt	
<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Very Poor = 1 Pkt.
Nicht erwähnt	

<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Fair = 3 Pkt.
Es wurde kein Interessenskonflikt erklärt. Unterstützende Institutionen wurden angeführt.	
<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Resultate wurden strukturiert und klar beschrieben. Die Ergebnisse wurden tlw. mittels Abbildungen und Tabellen dargestellt	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Das generierte Wissen ist auf eine größere Population übertragbar und generalisierbar.	
<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	Good = 4 Pkt.
Die Implementierung der Ergebnisse ist möglich. Die Erkenntnisse sind für die Praxis wichtig.	

**Bolt., E., E., Hagens, M., Willems, D. & Onwuteaka-Philipsen, B., D., 2015, *Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking.***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **35 Punkte = 97%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Good = 4 Pkt.
Der Titel ist aussagekräftig und enthält wichtige Informationen. Der	

Abstrakt ist klar strukturiert und enthält alle wichtigen Eckpunkte der Studie	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Good = 4 Pkt.
Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische. Das Forschungsziel ist klar definiert. Eine Forschungsfrage wurde formuliert.	
<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Good = 4 Pkt.
Die Methode ist dem Forschungsgegenstand angepasst. Die Datenerhebung wurde klar und transparent dargestellt.	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Fair = 3 Pkt.
Die Auswahlstrategie ist angemessen. Die Informationen zur Auswahl sind überwiegend gegeben.	
<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Good = 4 Pkt.
Die Datenanalyse ist transparent dargestellt und nachvollziehbar.	
<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Good = 4 Pkt.
Ein positives Ethikvotum ist vorhanden. Es ist kein Interessenskonflikt beschrieben.	
<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind anhand von Tabellen sehr gut darbestellt. Gut	

verständlich und strukturiert verarbeitet.	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Ergebnisse sind generalisierbar und auf eine weitere Population anwendbar.	
<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind für die Praxis sehr wertvoll.	

**Harvath, T., Miller, L., M., Goy, E., Jackson, A., Delorit, M. & Ganzini, L., 2001, *Voluntary refusal of food and fluids: attitudes of Oregon hospice nurses and social workers.***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **36 Punkte = 100%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Good = 4 Pkt.
Der Titel ist repräsentativ und enthält die Population, das Setting und den Forschungsgegenstand. Der Abstrakt ist gut gegliedert und enthält sämtlichen wichtigen Informationen.	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Good = 4 Pkt.
Die Einleitung ist gut aufgebaut und logisch. Das Forschungsziel ist gut dargelegt.	
<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Good = 4 Pkt.
Der Methodenteil ist verständlich und klar aufgebaut. Die	

Datensammlung ist transparent und logisch dargestellt.	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Good = 4 Pkt.
Die Auswahlmethode ist logisch und nachvollziehbar beschrieben. Die Strategie ist angemessen und gut überlegt. Das Sampling wurde anhand von sozio - ökonomischen Charakteristika gut beschrieben. Anhand einer Tabelle ist ein guter Überblick gegeben.	
<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Good = 4 Pkt.
Die Datenanalyse ist gut dargestellt, nachvollziehbar und verständlich.	
<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Good = 4 Pkt.
Ein positives Ethikvotum wurde eingeholt. Auf die Unterzeichnung eines informed konsent ist verwiesen.	
<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind anhand von mehreren Tabellen und auch in Textform klar, verständlich und strukturiert dargestellt. Es ergeben sich aus der Darstellung klare Statements.	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind aufgrund der hohen Partizipantinnen- und Partizipantenzahl generalisierbar.	

<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind in der gelebten Praxis hilfreich.	

**Wax.J., W., An, A., W., Kosier, N. & Quill T., E., 2017, *Voluntary stopping eating and drinking.***

Gesamtpunktzahl und Qualität der Studie in Prozent: **29 Punkte = 80%**

<b>Abstract and title:</b> Did they provide a clear description of the study?	Poor = 2 Pkt.
Der Titel ist kurz und knappgehalten. Es sind keine Eckpunkte angegeben. Durch den Titel wird lediglich auf den Themenbereich hingewiesen. Der Abstrakt ist logisch, aber unstrukturiert aufgebaut.	
<b>Introduction and aims:</b> Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	Fair = 3 Pkt.
Die Einleitung ist nicht als diese gekennzeichnet aber logisch aufgebaut. Auch hier ist keine gute Struktur gegeben. Das Ziel des Reviews ist gut dargestellt.	
<b>Method and data:</b> Is the method appropriate and clearly explained?	Good = 4 Pkt.
Die Methode ist kurz aber verständlich beschrieben und für das Forschungsziel angemessen.	
<b>Sampling:</b> Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	Poor = 2 Pkt.
Das Sampling ist nicht ausreichend beschrieben.	

<b>Data analysis:</b> Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	Poor = 2 Pkt.
Die Datenanalyse ist lückenhaft beschrieben.	
<b>Ethics and bias:</b> Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	Good = 4 Pkt.
Die fördernden Institutionen sind angeführt. Es ist kein Interessenskonflikt angegeben.	
<b>Results:</b> Is there a clear statement of the findings?	Good = 4 Pkt.
Die Resultate sind gut, teilweise auch anhand von Graphiken und Tabellen dargestellt.	
<b>Transferability or generalizability:</b> Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	Good = 4 Pkt.
Die Ergebnisse sind generalisierbar. Der Transfer in die gelebte Praxis ist möglich.	
<b>Implications and usefulness:</b> How important are these findings to policy and practice?	Good = 4 Pkt.
Das generierte Wissen ist für die Praxis relevant.	