

U. Körner<sup>1</sup>  
E. Biermann<sup>2</sup>  
E. Bühler<sup>3</sup>  
F. Oehmichen<sup>4</sup>  
S. Rothärmel<sup>5</sup>  
G. Schneider<sup>6</sup>  
W. Schweidtmann<sup>7</sup>

# DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte

*DGEM Guidelines Enteral Nutrition: Ethical and Legal Aspects*

## Schlüsselwörter

Sondenernährung · ethische Gesichtspunkte · Therapieabbruch

## Key words

Enteral nutrition · medical ethics · terminal care

## Präambel

Die Ernährung ist ein Grundbedürfnis des Menschen und integraler Teil einer angemessenen medizinischen Behandlung. Wenn ein Patient nicht ausreichend essen kann oder eine Fehlernährung vorliegt, müssen ernährungstherapeutische Maßnahmen ergriffen werden.

Während die grundsätzlich unstrittigen Indikationen der enteralen Ernährung in den Stellungnahmen aus den einzelnen Fachgebieten dargestellt werden, sind im folgenden Teil „Ethik und Recht“ dieser Leitlinie übergreifende Regeln, Probleme und Grenzfragen zu behandeln, die für die Sicherheit und Orientierung des Entscheidens und Handelns auf allen Gebieten der Anwendung enteraler Ernährung von Bedeutung sind.

## Medizinische Grundsätze

### Enterale Ernährung

Ernährung ist die Zufuhr von Nährstoffen und Flüssigkeit. Wenn die orale Nahrungsaufnahme gestört oder unmöglich ist, kann als ärztliche Maßnahme eine Ernährungssonde gelegt werden

oder die übliche Kost mit zusätzlicher Trinknahrung (industriell gefertigte Supplemente) ergänzt werden. Dabei ist das Grundanliegen der enteralen Ernährung und ein Vorzug gegenüber par-enteraler Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr, die natürlichen Vorgänge der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme im Gastrointestinaltrakt soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.

Die enterale Ernährung ist in zweierlei Hinsicht „künstliche Ernährung“:

- Sie verwendet industriell gefertigte Nahrung in für bestimmte therapeutische Ziele definierter Zusammensetzung und Zubereitungsform (siehe Rechtsvorschriften in Anhang 2).
- Sie nutzt ggf. besondere Zugangswege (nasogastrale Sonde, perkutan endoskopische Gastrostomie bzw. Jejunostomie (PEG, PEJ)).

### Anwendung der Sondenernährung

Der Einsatz von Sondennahrungen erfolgt stets auf der Basis eines medizinisch begründeten Behandlungszieles. Eine Ernährungs- sonde darf nicht allein zum Zweck der Reduktion des Pflegeaufwandes gelegt werden.

## Institutsangaben

<sup>1</sup> Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Charité, Berlin

<sup>2</sup> Bundesverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

<sup>3</sup> Geriatischer Schwerpunkt Städtische Kliniken, Esslingen

<sup>4</sup> Abteilung für internistische Intensivmedizin Krankenhaus Friedrichstadt, Dresden

<sup>5</sup> Wissenschaftliche Mitarbeiterin c/o Prof. Dr. G. Wolfsplast, Juristische Fakultät Gießen

<sup>6</sup> I. Senat am Landessozialgericht Sachsen, Chemnitz

<sup>7</sup> Klinische Psychologie, Zentrum für Herz – Rheuma – Orthopädie Bad Waldliesborn, Lippstadt

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dipl.-Biol. Uwe Körner · Universitätsklinikum Charité · Tucholskystraße 2 · 10098 Berlin · E-mail: uwe.koerner@charite.de

## Bibliografie

Aktuel Ernähr Med 2003; 28, Supplement 1: S36–S41

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1434-0275

Auch bei liegender PEG sind alle Möglichkeiten einer natürlichen Nahrungszufuhr auszuschöpfen (Nahrungsgenuss, Zuwendung von Pflegenden, Training der Nahrungsaufnahmefunktionen).

Bei unsicherer Indikation empfehlen wir den Therapieversuch. Beim Eintreten von Komplikationen oder bei Ausbleiben des gewünschten Therapieerfolges ist von dem Therapieversuch Abstand zu nehmen.

Das Fortbestehen der Indikation für eine Sondenernährung muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Der Arzt muss in Situationen, in denen die Indikation (bei Komplikationen, im Sterbeprozess...) nicht mehr gegeben ist, bereit sein, die Entscheidung für eine Behandlungsalternative einschließlich Behandlungsabbruch zu treffen und muss dies den Entscheidungsberechtigten auch nachvollziehbar vermitteln.

Der Anspruch an die Sorgfalt und Begründung von Entscheidungen über die Anwendung einer Ernährung über eine Sonde ist besonders in solchen Fällen hoch, bei denen für einen Patienten (wie insbesondere einen Patienten im apallischen Syndrom) die Ernährungstherapie als einzige intensive kontinuierliche Maßnahme zur Lebenserhaltung erforderlich ist. Abgesehen davon, dass bei jedem Menschen einmal die Therapiebemühung an natürliche Grenzen stößt und einen Lebensgewinn für den Patienten nicht mehr ermöglicht, ist die Ernährung jedenfalls bei diesen Patienten indiziert und fortzusetzen, solange Möglichkeiten der Remission nicht ausgeschlossen sind.

### Aufklärung und Einwilligung des Patienten

Die grundsätzlichen Erfordernisse der Aufklärung und Einwilligung müssen bei der Ernährungstherapie in jeder Hinsicht beachtet werden. Neben den für enterale Ernährung spezifischen sind deshalb folgend auch zugehörige generelle Aspekte aufgeführt.

Die Ernährung über eine enterale Ernährungssonde bedarf als ärztlicher Eingriff in die Körperintegrität des Patienten grundsätzlich der Einwilligung des informierten Patienten bzw. des Vertretungsberechtigten.

Die enterale Ernährung gegen den Willen des einsichts- und willensfähigen Patienten („Zwangsernährung“) ist, soweit nicht gesetzlich ausnahmsweise anders geregelt (s. § 101 Strafvollzugsgesetz), unzulässig.

Das Legen der Ernährungssonde ist im Regelfall kein gefährlicher Heileingriff und deshalb nicht genehmigungspflichtig im Sinne des § 1904 BGB.

#### Umfang der Aufklärung

Wie bei jeder in die Körperintegrität eingreifenden ärztlichen Maßnahme ist der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme einschließlich möglicher Komplikationen und nicht ausschließbarer Risiken aufzuklären.

Die Aufklärung muss alternative Behandlungsmöglichkeiten (d. h. alternative Ernährungswege) einschließlich des Verzichts auf Sondenernährung und dessen Konsequenzen umfassen.

Gegen die ethischen Grundsätze einer Aufklärung wird verstoßen, wenn auf den Entscheidungsträger Druck ausgeübt wird (beispielsweise durch Drohen, der Patient werde bzw. dürfe nicht verhungern oder verdursten).

Der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter kann auf nähere Aufklärung verzichten. Dieser Aufklärungsverzicht sollte sorgfältig dokumentiert werden.

Aus Beweissicherungsgründen wird empfohlen, die Einwilligungserklärung und die Details der Aufklärung zu dokumentieren.

Auch der nicht einwilligungsfähige Patient ist seinem Auffassungsvermögen gemäß über die geplanten Maßnahmen zu informieren.

#### Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten

Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten ist nicht gleichzusetzen mit der bürgerlich-rechtlichen Geschäftsfähigkeit. Der Patient ist einwilligungsfähig, wenn er in der Lage ist, Nutzen und Risiken und die Tragweite des Eingriffes sowie dessen Unterlassens zu erkennen und eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

Die Einwilligungsfähigkeit kann für komplexe Fragestellungen aufgehoben sein bzw. noch nicht vorhanden sein, für einfache Fragen aber durchaus bestehen. Die Entscheidung über eine Sondenernährung kann intellektuell als einfache, emotional jedoch als komplexe Frage gesehen werden. Die Einwilligungsfähigkeit ist vom behandelnden Arzt grundsätzlich für jede einzelne Therapieentscheidung erneut zu überprüfen und wie der Inhalt der Aufklärung vorsorglich zu dokumentieren.

Kinder unter 14 Jahren sind regelmäßig nicht einwilligungsfähig, bei 14–18-Jährigen haben die behandelnden Ärzte die psychosoziale Reife des Minderjährigen im Einzelfall und evtl. für jede Therapieentscheidung erneut zu prüfen und vorsorglich zu dokumentieren. Die Fähigkeit, über eine Ernährungstherapie zu entscheiden, werden Minderjährige recht früh haben, da es im Regelfall um eher einfache und risikoarme Maßnahmen geht.

#### Einwilligungssubstitute

Beim nicht-einwilligungsfähigen Patienten entscheidet der gesetzliche Vertreter, dies sind beim nicht einwilligungsfähigen minderjährigen Patienten in der Regel die Eltern.

In Eilfällen, in denen die Entscheidung des gesetzlichen Vertreters nicht oder nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, ist der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend. Soweit keine anderen Anhaltspunkte erkennbar sind, gilt „in dubio pro vita“. Im Übrigen ist der mutmaßliche Patientenwille mit großer Sorgfalt zu ermitteln, insbesondere, wenn es um die Beendigung einer Ernährungstherapie geht. Die Anhaltspunkte für den Willen des Patienten, insbesondere Mitteilungen von Angehörigen, Pflegenden und anderen Zeugen sind vorsorglich zu dokumentieren.

Vor allem ist die Patientenverfügung direkter Ausdruck des Patientenwillens. Die Einwilligung oder Nichteinwilligung in das Legen einer Ernährungssonde kann vom Patienten in einer Patientenverfügung mitgeteilt sein. Die schriftliche Willenserklärung bedarf wie alle Erklärungen der Auslegung in konkreter Prüfung und Interpretation. Wenn erkennbar ist, dass der Patient (z. B. aufgrund vorangegangener eigener oder familiärer Krankheits- und Therapieerfahrung oder aufgrund eines Hinweises auf ärztliche Beratung beim Abfassen der Verfügung) die Chancen, Risiken und Konsequenzen dieser Ernährungstherapie und ihres Unterlassens verstanden hat, so ist dieser schriftlich vorliegenden Willensäußerung wie einem gegenwärtig bewusst geäußerten Willen zu folgen.

Ob beim Fehlen eindeutiger Belege für den mutmaßlichen Willen das Nichtbeginnen oder das Einstellen der Sondenernährung in analoger Anwendung des § 1904 BGB der gerichtlichen Genehmigung bedarf, ist aufgrund divergierender Gerichtsentscheidungen umstritten (s. Anhang 1). Die Ernährungstherapie, insbesondere das Legen einer Ernährungssonde als eher risikoloser Eingriff, erfüllt die Voraussetzungen des § 1904 BGB nicht, eine richterliche Genehmigung sollte entbehrlich sein.

Ergänzend wird hier die folgende Auffassung vertreten: Das Vormundschaftsgericht ist nur in Zweifelsfällen anzurufen, in denen auch in ausführlichen Gesprächen mit ärztlichen Kollegen und mit den Pflegenden sowie mit Angehörigen und sonstigen nahe stehenden Personen keine sicheren Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten ermittelt werden konnten. Entbehrlich ist die richterliche Genehmigung insbesondere: *erstens* wenn unter sämtlichen Beteiligten Einigkeit über den klar ermittelbaren Patientenwillen besteht und *zweitens* in Fällen, wo der Sterbeprozess schon unmittelbar eingesetzt hat. Der Verzicht auf eine gerichtliche Entscheidung kann *drittens* auch gerechtfertigt sein, wenn die Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes aufgrund des damit verbundenen zeitlichen Aufschubs der Entscheidung das Wohl des Patienten in ärztlich nicht vertretbarer Weise beeinträchtigen würde.

## Medizinisch-ethische Bewertungsmaßstäbe

### Die Lebensqualität als Entscheidungskriterium

Die Lebensqualität ist ein stets maßgebendes Kriterium bei medizinischen Behandlungen. Auch der in seiner Kompetenz weitgehend eingeschränkte Patient liefert durch Äußerungen Indizien für sein Empfinden der eigenen Lebensqualität.

Zu Rate gezogen werden können Lebensqualitätsskalen für die (Grund-)Krankheit, bei deren Behandlung eine Ernährungstherapie durchgeführt wird, wie auch die für eine bestimmte Ernährungstherapie spezifischen Lebensqualitätsaspekte. In diesem Sinne ist z. B. ein spezifischer Aspekt, dass stets – soweit es die physischen Gegebenheiten zulassen – das Genießen von oraler Nahrungsaufnahme auch bei liegender PEG ermöglicht wird.

Abgesehen von objektivierbaren subjektiven Indikatoren und messbaren physischen Parametern für Lebensqualität ist die Lebensqualität eine spezifisch individuelle Größe. Belastungen durch die Krankheit und durch Therapiemaßnahmen erhalten

im Rahmen des jeweiligen sozialen und emotionalen Befindens eines Patienten unterschiedliches Gewicht.

Bei schwersten Krankheitszuständen und im Sterben kann die Sicherung von Lebensqualität zum alleinigen Behandlungsziel werden und tritt die Sicherung der Lebensdauer und des Überlebens als therapeutisches Ziel zurück. (Der typische Beispielfall für Werteabwägungen „Lebensdauer versus Lebensqualität“ ist die Schmerzlinderung mit vermutlich lebensverkürzender Nebenwirkung.)

### Die ärztliche Verantwortung bei Sterbenden

Während der Übergang zu einer palliativen Therapiestrategie grundsätzlich als definierbarer Entscheidungspunkt im Krankheitsverlauf abgrenzbar ist, besteht diese Möglichkeit bei dem später folgenden Eintreten in die Phase des Sterbens nicht. Dieser Übergang und Merkmale der Lebensqualität dabei sind nicht wissenschaftlich objektivierbar.

Die in der akuten Phase des Sterbens notwendige Rücknahme therapeutischer Interventionen und das Bemühen um Linderung und Beistand für den Patienten und seine Angehörigen erfordern eine souveräne ganzheitliche Entscheidungsverantwortung des Arztes.

In dieser, einer Nachprüfbarkeit durch Dritte weithin unzugänglichen Situation besteht ein besonderer Anspruch an die medizinische und menschliche Qualität und Ausbildung des Arztes sowie insbesondere an seine Gewissenhaftigkeit und seine Vertrauenswürdigkeit.

## Anhang 1

### Kommentar zur aktuellen Rechtslage zur Frage einer richterlichen Entscheidung über das Einstellen künstlicher Ernährung beim Fehlen eindeutiger Belege für den mutmaßlichen Willen (vgl. S. Rothärmel 2001)

Bis in die 90er-Jahre war es die vorherrschende Position, eine Ernährungstherapie bis zum akuten Sterben als unabdingbare ärztliche Pflicht anzusehen. Aufgrund eines Urteils des Oberlandesgerichts Frankfurt von 1998 (in Zurückverweisung eines erstinstanzlichen Urteils des Amtsgerichts Kempten) kommt es bei der Durchführung und Fortsetzung der Sondenernährung beim nicht einwilligungsfähigen, insbesondere auch beim dauerhaft bewusstseinsunfähigen Patienten stets auf die Beachtung dessen mutmaßlichen Willens an. Das ist insbesondere hinsichtlich der Entscheidung zum Absetzen einer Ernährungstherapie inzwischen als allgemeiner Konsens vorauszusetzen.

Eine Kontroverse besteht dagegen bezüglich der Entscheidungsbefugnis für die Fälle, bei denen ein eindeutiger Hinweis auf den mutmaßlichen Willen des Patienten nicht vorliegt. Das Oberlandesgericht Frankfurt hat hierfür die Entscheidung eines Sozialgerichtes als verbindlich erklärt, was auf Widerspruch gestoßen ist und nur von einem Teil der anderen Gerichte übernommen wurde.

Die Fachgerichte entscheiden derzeit ganz unterschiedlich. Einzelne Amtsgerichte und Landesgerichte folgten dem Landgericht

München I. in der Annahme fehlender Genehmigungsfähigkeit therapiebegrenzender Maßnahmen, andere haben sich der Rechtsauffassung des Oberlandesgerichts Frankfurt angeschlossen. Wobei das Amtsgericht Garmisch-Patenkirchen so weit geht, den Betreuer, der auf der Grundlage des zuvor vom Patienten geäußerten Willens ärztliche Maßnahmen der künstlichen Lebenserhaltung ablehnt, als für die Aufgabe der Betreuung (im Sinne des § 1897 Abs. 1 BGB) ungeeignet zu befinden.

Dazu wird aus rechtlicher Sicht wie folgt Stellung genommen: Die gerichtliche Entscheidungsbefugnis ist, so wie etwa im Arzthaftungsprozess, sinnvoll begründet in der Möglichkeit des Betroffenen, seine Anhörungs- und Gestaltungsrechte im ordentlichen Verfahren durchzusetzen. An dieser Chance zur gerechten Entscheidung durch ein justizförmiges Verfahren fehlt es, wo der Betroffene, weil er nicht mehr äußerungsfähig ist, am Verfahren nicht beteiligt werden kann. Da das Gericht hinsichtlich der Fortsetzung oder Begrenzung einer Therapie nicht „medizinische Fragen“ beurteilen, sondern den Willen des Patienten ergründen soll, kann auch die juristische Fachkompetenz nicht weiterhelfen, wenn Anhaltspunkte für den Patientenwillen nicht bestehen. Entscheidend werden dann die Wertvorstellungen des Richters, während der Wille des Patienten besser berücksichtigt werden kann, wenn Ärzte, Angehörige und Pflegende gemeinsam eine an ihrem persönlichen Erleben des Patienten orientierte Entscheidung treffen. Die mit der Entscheidungskompetenz des Gerichtes einhergehende Bürokratisierung, die den behandelnden Arzt der Letztverantwortung für einen Therapieabbruch entheben und sie auf einen unbeteiligten Dritten verlagern will, brächte tatsächlich wohl eher die Gefahr einer routinemäßigen Missachtung des Patientenwillens.

Bis zu einer höchstrichterlichen oder parlamentarischen Entscheidung des Streiters der Fachgerichte um die richterliche Genehmigungspflicht wird man aufgrund der heterogenen Rechtsprechung zur Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes raten müssen, wenn die Einstellung künstlicher Ernährung beim noch nicht sterbenden Patienten erwogen wird und wenn dessen mutmaßlicher Wille auch nach gründlicher Bemühung nicht zu erfahren ist. Dementsprechend lauten auch die Richtlinien der Bundesärztekammer.

## Anhang 2

Information über Rechtsgrundlagen für die enterale Ernährung

Folgend sind die im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie die in der Arzneimittel-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (AMR) enthaltenen Bestimmungen zur Bezahlung enteraler Ernährung durch die Krankenkassen sowie die erst kürzlich in deutsches Recht umgesetzten europäischen Rechtsvorschriften über die Definition künstlicher Ernährung zusammengefasst.

1. Wesentliche Aussagen in SGB V, §§ 2, 27, 31, 92 sind:

1.1. Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankenbeschwerden

zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. nach § 27 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln.

1.2. Gemäß § 31 Abs. 1 Satz 2 hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzustellen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden.

1.3. Für diese Mittel hat ein Versicherter, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, die gesetzlich festgelegte Zuzahlung zu leisten (§ 31 Abs. 3 Satz 3 SGB V).

2. Festlegungen in der Arzneimittel-Richtlinie des BÄK (Fassung vom 31.8.1993, zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 25.1.2001)

2.1. In Ziffer 17.1i) AMR ist geregelt, dass Lebensmittel im Sinne des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen.

2.2. Verordnungsfähig und damit von der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen sind jedoch

- Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate bei angeborenen Enzymmangelkrankheiten,
- Elementardiäten (Gemische von Nahrungsbausteinen, Vitaminen und Spurenelementen) bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, stark Untergewichtigen mit Mukoviszidose, bei Patienten mit chronisch terminaler Niereninsuffizienz unter eiweißarmer Ernährung und bei Patienten mit konsumierenden Erkrankungen sowie
- medizinisch indizierte Sondennahrung.

3. Änderungserfordernis (EG-Anpassung)

Die Richtlinie 1999/21/EG der Kommission vom 25. März 1999, in Kraft ab November 2001 (folgend „EG-Richtlinie“) ist seit 1.1.2002 mittels der 10. Verordnung zur Änderung der Diätverordnung vom 21.12.2001 in deutsches Recht umgesetzt. Es bietet sich des Weiteren an, auch Ziffer 17.1 .I) AMR anzupassen.

3.1. In der EG-Richtlinie sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke definiert und in drei Kategorien eingeteilt:

- a) diätetisch vollständige Lebensmittel mit einer Nährstoff-Standardformulierung, die bei Verwendung nach den Anweisungen des Herstellers die einzige Nahrungsquelle für die Personen, für die sie bestimmt sind, darstellen können;
- b) diätetisch vollständige Lebensmittel mit einer für eine bestimmte Störung oder für bestimmte Beschwerden spezifischen angepassten Nährstoffformulierung, die bei Verwendung nach den Anweisungen des Herstellers die einzige Nahrungsquelle für die Personen, für die sie bestimmt sind, darstellen können;
- c) diätetisch unvollständige Lebensmittel mit einer Standardformulierung oder einer für eine bestimmte Krankheit oder Störung oder für bestimmte Beschwerden spezifischen ange-

passten Nährstoffformulierung, die sich nicht für die Verwendung als einzige Nahrungsquelle eignen.

Die unter Buchstaben b) und c) genannten Lebensmittel können auch eingesetzt werden, um die Ernährung des Patienten zu ergänzen oder teilweise zu ersetzen (Art. 1 Abs. 3 Satz 2 EG-Richtlinie).

3.2. Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Sinne von Ziffer 17.1 i) AMR sind in Anlehnung an die EG-Richtlinie wie folgt zu definieren:

*Aminosäuremischungen* sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke gemäß Art. 1 Abs. 3 Buchstabe c der EG-Richtlinie, deren wesentlicher, jedoch nicht notwendigerweise ausschließlicher Bestandteil qualitativ und quantitativ definierte Gemische von Aminosäuren sind. Sie sind nicht zur alleinigen Ernährung geeignet.

*Eiweißhydrolysate* sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke gemäß Art. 1 Abs. 3 Buchstabe c der EG-Richtlinie, deren wesentlicher, jedoch nicht notwendigerweise ausschließlicher Bestandteil abgebaute Proteine sind. Sie sind nicht zur alleinigen Ernährung geeignet.

*Elementardiäten* sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke gemäß Art. 1 Abs. 3 Buchstabe a, b und c der EG-Richtlinie, die in Fertigpackungen angeboten werden. Dies bezeichnet eine Kategorie von Lebensmitteln, die auf besondere Weise verarbeitet oder formuliert und für die diätetische Behandlung von Patienten gedacht und unter ärztlicher Aufsicht zu verwenden sind.

*Trink- und Sondennahrungen* sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke gemäß Art. 1 Abs. 3 Buchstabe a, b und c der EG-Richtlinie, die für eine Ernährung (über die Sonde) bestimmt sind. Diese für besondere medizinische Zwecke hergestellte Trink- und Sondennahrung ist nicht gleichzusetzen mit pürrierter Kost bzw. Kost aus der Diätküche.

## Literatur

- 1 Ankermann E. Verlängerung sinnlos gewordenen Lebens? Zur rechtlichen Situation von Koma-Patienten. *Medizinrecht* 1999; 17: 387–392
- 2 Baumann J, Bochnik HJ, Brauneck AE et al. Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE Sterbehilfe). Stuttgart: Thieme Verlag, 1986
- 3 Becker H, Mattheis R, Hennies G, Schirop T. Behandlungsabbruch, Patientenverfügung (Patiententestament), Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht – Empfehlungen der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin. *Intensivmed* 1999; 36: 71–81
- 4 Beier-Holgersen R. The importance of early postoperative enteral feeding. *Clin Nutr* 2001; 20 (Suppl 1): 123–127
- 5 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dt Ärzteblatt* 1998; 95: A2365–A2367
- 6 Bundesärztekammer. Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Dt Ärzteblatt* 1999; 96: A2720–A2721
- 7 Bühler E, Kren R, Stolz K. Vorsorgende Verfügungen im ärztlichen Alltag. Esslingen: Esslinger Initiative, 2000
- 8 Callahan CM, Buchanan NN, Stump TE. Healthcare costs associated with percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a defined community. *Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1525–1529

- 9 Coeppicus R. Behandlungsabbruch, mutmaßlicher Wille und Betreuungsrrecht. *Neue Jurist Wochenschr* 1998; 51: 3381–3387
- 10 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Leitlinien zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. *Dt Ges Chirurgie* 1996; 96: 364–370
- 11 Donatsch A. Gilt die Pflicht zu ernähren bis zum Tode? Beurteilung der Fragestellung aus strafrechtlicher Sicht. *Schweiz Rundschau Med (Praxis)* 1993; 82: 1047–1053
- 12 Eibach U. Künstliche Ernährung um jeden Preis. Ethische Überlegungen zum Anlegen von PEG-Sonden. Workshop „Künstliche Ernährung als ethisches Problem“. Berlin: St. Joseph-Krankenhaus. Ref Type: Report, 2001: 10–29
- 13 Finucane TM, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia. *JAMA* 1999; 282: 1365–1370
- 14 Fröschle T. Maximen des Betreuerhandelns und die Beendigung lebenserhaltender Eingriffe. *Juristenzeitung* 2000; H2: 72–80
- 15 Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy and the evolution of contemporary long-term enteral access. *Clin Nutr* 2002; 21: 103–110
- 16 Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000; 342: 206–210
- 17 Gjerdingen DK, Neff JA, Wang M, Chaloner K. Older persons' opinions about life-sustaining procedures in the face of dementia. *Arch Fam Med* 1999; 8: 421–425
- 18 Haupt WF, Prange HW, Janzen RWC. Postanoxisches Koma und Prognose. *Anästhesist* 1998; 47: 682–684
- 19 Herranz G. Euthanasie – Gebote und Verbote der Sterbehilfe. *Med Klinik* 1994; 89: 216–221
- 20 Hiersche A. Welche Behandlungsalternativen bietet die Palliativmedizin bei dehydrierten Patienten. In: Aulbert E, Klaschik E, Pichlmaier H (Hrsg): Beiträge zur Palliativmedizin. Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin Bd. 4. Stuttgart: Schattauer, 2001
- 21 Hoefler JM. Making decisions about tube feeding for severely demented patients at the end of life: clinical, legal, and ethical considerations. *Death Studies* 2000; 24: 233–254
- 22 Howard P. Home enteral feeding: II. A health service perspective. *Clin Nutr* 2001; 20 (Suppl 1): 71–75
- 23 Hubert-Fehler A, Hollmann A. Ernährung durch eine Magensonde (PEG) eine Entscheidung mit rechtlichen Konsequenzen. *Dt Ärzteblatt* 1998; 95: B658–B660
- 24 Jakobs G. Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem. Bayrische Akademie der Wissenschaften, Philosophisch-Historische Klasse. Sitzungsbericht 2, Ref Type: Report, 1998: 3–35
- 25 Jauch KW. Abschließendes Eckpunktepapier „Enterale Ernährungstherapie“. Ergebnisse des Expertengesprächs „Enterale Ernährungstherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Bonn, 14. Juni 1999. *Akt Ernähr Med* 2000; 25: 157–162
- 26 Kaufmann A. Euthanasie – Selbsttötung – Tötung auf Verlangen. *Medizinrecht* 1983; 1: 121–125
- 27 Kim YI. To feed or not to feed: tube feeding in patients with advanced dementia. *Nutr Rev* 2001; 59: 86–88
- 28 Klein M. Das apallische Syndrom. In: Neander KD, Meyer G, Friesacher H (Hrsg): *Handbuch der Intensivpflege*. Landsberg/Lech: ecomed, 1999
- 29 Kolb G. Rechtliche und ethische Aspekte der Sondenernährung. In: Kolb G (Hrsg): *Dysphagie. Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in Klinik, Rehabilitation und Geriatrie*. München: Urban & Vogel, 2000: 127–132
- 30 Körner U. Wohl und Wille des Patienten und Fürsorgepflichten von Ärzten und Pflegenden. In: Neumann G, Körner U (Hrsg): *Berliner Medizinethische Schriften Nr. 14/15; Patientenautonomie und humanes Sterben*. Dortmund: Humanitas Verlag, 1998: 81–92
- 31 Landgericht Duisburg. Zwangsernährung bei unwilligen Patienten? 22 T 231/99. ([http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Lexikon/sterbehilfe\\_duisburg2.html](http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/Lexikon/sterbehilfe_duisburg2.html)) Ref Type: Report, 9.11.1999
- 32 Lanzerath D, Honnefelder L, Feeser U. Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors' view of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts „The moral and legal issues surrounding the treatment and health care of patients in persistent vegetative state“. *Ethik Med* 1998; 10: 152–180
- 33 Laufs A. Zivilrichter über Leben und Tod? *Neue Jurist Wochenschr* 1998; 51: 3399–3401
- 34 Leist A. Das Dilemma der aktiven Euthanasie. Gefahren und Ambivalenzen des Versuchs, aus Töten soziale Praxis zu machen. In: Körner

- U (Hrsg): Berliner Medizinethische Schriften Nr. 5. Dortmund: Humanitas Verlag, 1996
- 35 Löser C, Muller MJ. Ethische Richtlinien zur Anlage einer perkutan endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde). *Zeitschr Gastroenterol* 1998; 36: 475–478
- 36 Macfie J. Ethics and nutritional support therapy: a clinician's view. *Clin Nutr* 2001; 20 (Suppl 1): 87–99
- 37 Mackie E. Home enteral feeding. III. A patient's perspective. *Clin Nutr* 2001; 20 (Suppl 1): 77–79
- 38 Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med* 2001; 344: 665–671
- 39 McCann RM. Lack evidence about tube feeding – food for thought. *JAMA* 1999; 282: 1380–1381
- 40 McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272: 1263–1266
- 41 McNamara EP, Flood P, Kennedy NP. Home tube feeding: an integrated multidisciplinary approach. *J Human Nutr Dietetics* 2001; 14: 13–19
- 42 McNamara EP, Kennedy NP. Tube feeding patients with advanced dementia: an ethical dilemma. *Proc Nutr Soc* 2001; 60: 179–185
- 43 Merkel R. Tödlicher Behandlungsabbruch und mutmaßliche Einwilligung bei Patienten im apallischen Syndrom. *Zeitschr ges Strafrechtswiss* 1995; 107: 545–575
- 44 Meyers RM, Grodin MA. Decisionmaking regarding the initiation of tube feeding in the severely demented elderly: a review. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 526–531
- 45 Mitchell SL, Tetroe J, O'Connor AM. A decision aid for long-term tube-feeding in cognitively impaired older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 313–316
- 46 Muller MJ. Was sind relevante Endpunkte für die Ernährungstherapie beim Intensivpatienten. *Akt Ernähr Med* 1998; 23: 203–206
- 47 Muraratsy H, Koike K, Teramoto A. Benefits of percutaneous endoscopic button gastrostomy in neurological rehabilitation therapy. *Int J Rehabil Res* 2002; 25: 157–161
- 48 Müller-Bohlen L, Paape I. PEG – Über die Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung. Entscheidungshilfe für die betreuungsrechtliche Praxis. *Betreuungs-Praxis* 2000; 5: 183–187
- 49 Nacimiento W. Das apallische Syndrom. *Dt Ärzteblatt* 1997; 94: A661–A666
- 50 Norberg A, Hirschfeld M, Davidson B et al. Ethical reasoning concerning the feeding of severely demented patients: an international perspective. *Nurs Ethics* 1994; 1: 3–13
- 51 O'Brien LA, Siegert EA, Grisso JA et al. Tube feeding preferences among nursing home residents. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 364–371
- 52 Oehmichen F. Künstliche Ernährung am Lebensende. In: Körner U (Hrsg): Berliner Medizinethische Schriften Nr. 45. Dortmund: Humanitas Verlag, 2001
- 53 Oehmichen F. Künstliche Ernährung bis zum Lebensende? *Berliner Ärzte* 2001; 6: 21–23
- 54 Ollenschläger G. Ernährungstherapie des Tumorpatienten. *Der Onkologe* 1996; 6: 574–581
- 55 Opderbeke HW, Weißauer W. Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht. Erläuterungen zu den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin. *Anästhesist* 1999; 48: 207–217
- 56 Opderbeke HW, Weißauer W. Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. *Anästhesiol Intensivmed* 1999; 40/2: 94–96
- 57 Payne K, Taylor RM, Stocking C, Sachs GA. Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey. *Ann Intern Med* 1996; 125: 104–110
- 58 Peck A, Cohen CE, Mulvihill MN. Long-term enteral feeding of aged demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 1195–1198
- 59 Pennington C. To PEG or to not PEG. *Clin Med* 2002; 2: 250–255
- 60 Pichlmayr H. Anmerkung zu den Leitlinien zum Umfang und zur Begrenzung der ärztlichen Behandlungspflicht in der Chirurgie. *Ref Type: Report Dt Gesellschaft für Chirurgie* 1996; 96: 371
- 61 Post SG. Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hastings Cent Rep* 2001; 31: 36–42
- 62 Quill TE. Utilisation of nasogastric feeding tubes in a group of chronically ill, elderly patients in a community hospital. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1937–1941
- 63 Rabeneck L, McCullough LB, Wray NP. Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Lancet* 1997; 349: 496–498
- 64 Rothärmel S. Einstellung von Sondenernährung, Patientenverfügung und gerichtliche Genehmigung der Therapiebegrenzung. Zu Rechtsfragen der ärztlichen Sterbehilfe. *Zentralbl Chirurgie* 2001; 126: 722–729
- 65 Russel CA. Home enteral tube feeding: I. The role of industry. *Clin Nutr* 2001; 20: 67–69
- 66 Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, Jarnes G, Bolton RP, Bardhan KD. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1472–1475
- 67 Scheppach B, Moehrer C, Can H et al. Enterale Ernährung von Demenzpatienten über PEG: Inzidenz und Patientencharakteristiken im Raum Ulm. *Europ J Gerontol* 1999; 1: 34 (abstr)
- 68 Schmidt P, Madea B. Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht am Ende des Lebens. *Medizinrecht* 1998; 16: 406–409
- 69 Schöch H. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen. *Neue Zeitschr Strafrecht* 1995; 15: 153–208
- 70 Schreiber HL. Das Recht auf den eigenen Tod. Zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe. *Neue Zeitschr Strafrecht* 1986; 6: 337–345
- 71 Schreiber HL. Typen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. *Forum DKG* 1998; 13: 274–275
- 72 Schweidtmann W. Ethische Begründung und Grenzen der Ernährungstherapie bei onkologischen Patienten. *Akt Ernähr Med* 2001; 26: 170–173
- 73 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. *SAZ* 1995; 79: 2118–2134
- 74 Skelly RH. Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriately in the elderly? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2002; 5: 35–42
- 75 Stadelmann-Buser C. Die Bedürfnisse der Pflegenden und die Bedürfnisse der Sterbenden zum Thema Ernährung. *Schweiz Rundschau Med (Praxis)* 1993; 38: 1033–1038
- 76 Sullivan RJ. Accepting death without artificial nutrition or hydration. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 220–224
- 77 Taupitz J. Empfehlen sich zivilrechtlich Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Kurzdarstellung der Inhalte des Gutachtens für den 63. Deutschen Juristentag 2000. *Neue Jurist Wochenschr* 2000; 25: 5–10
- 78 Taupitz J. Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag, Leipzig 2000. München: Beck, 2000
- 79 Verrel T. Selbstbestimmungsrecht contra Lebensschutz. *Juristen Zeitung* 1996; 51: 224–230
- 80 Wolfslast G. Behandlungsgrenzen, Behandlungsverzicht und Sterbehilfe: Rechtliche Grundlagen. *Forum DKG* 1998; 13: 286–288
- 81 Wolfslast G, Conrads C. Textsammlung Sterbehilfe. Berlin: Springer Verlag, 2000
- 82 Wuermeling HB. Der Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer zu ärztlicher Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung. *Ethik Med* 1997; 9: 91–99
- 83 Wuermeling HB. Gebotenes Sterbenlassen. *Anästhesist* 1999; 33: A2205–A2208
- 84 Zöller MA. Passive Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und mutmaßlicher Einwilligung. *Zeitschr Rechtspolitik* 1999; 32: 317–319