

## SINNVOLLE LEBENSVERLÄNGERUNG ODER STÖRUNG DES NATÜRLICHEN STERBEPROZESSES?

Künstliche Ernährung bei Menschen mit Demenz scheint sich in Deutschland in der Pflege etabliert zu haben, ist aber längst nicht unumstritten. Denn es stellt sich sowohl aus medizinischer, ernährungswissenschaftlicher als auch aus ethischer Sicht die Frage, ob die Ernährung über eine PEG-Sonde eine sinnvolle und berechtigte Maßnahme ist bzw. in welchen Konstellationen diese Ernährungsform Demenzkranken nützt und in welchen sie ihnen schadet. Eine Einschätzung von *Christian Kolb*.

Die Zahl der über eine PEG-Sonde ernährten Menschen mit Demenz liegt nach Schätzungen aus dem Jahre 1999 bei ca. 50.000. Eine Erhebung in Bremer Pflegeeinrichtungen aus dem letzten Jahr ergab, dass durchschnittlich neun Prozent der Bewohner damit ernährt wurden, wobei fast jeder zweite von ihnen an einer Demenz litt. Angesichts der demographischen Entwicklung und dem prognostizierten Anstieg von demenziellen Erkrankungen ist damit zu rechnen, dass zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen künstlich ernährt werden. Auffallend war die Streubreite in den einzelnen Bremer Pflegeeinrichtungen: Sie variiert zwischen 0 bis 20 Prozent. Ob ein Mensch mit Demenz eine PEG-Sonde bekommt oder nicht, scheint nicht von seinem physischen, psychischen und seelischen Status abhängig zu sein, sondern von welchem Arzt/welcher Ärztin oder welcher Institution er betreut bzw. behandelt wird.

In der Bremer Studie wurde ebenfalls aufgezeigt, dass ca. 15 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner eine PEG-Sonde erhielten, weil sie die Nahrungsaufnahme verweigert hatten. Ob sie allerdings nicht essen konnten (z. B. wegen Schmerzen, Übelkeit usw.) oder nicht essen wollten, also die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bewusst ablehnten, wurde teilweise nicht differenziert und dokumentiert.

Die Entscheidung pro oder contra künstliche Ernährung bei einem Menschen mit Demenz ist für Angehörige bzw. Betreuerinnen oder Betreuer, die Ärzteschaft und Pflegekräfte eines der schwierigsten Dilemma, mit denen sie in der Betreuung des Kranken konfrontiert werden. Für jeden einzelnen „Fall“ gilt es, die

### ERNÄHRUNG DURCH DIE PEG

Unter einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) wird die Anlage einer Ernährungssonde verstanden. Diese wird mit Hilfe eines Endoskops durch die Bauchwand in den Magen eingeführt. Über die PEG-Sonde ist eine enterale Ernährung möglich, was bedeutet, dass die Ernährung direkt über den Magen-Darm-Trakt erfolgt. Über die Sonde kann Flüssigkeit bzw. flüssige oder dünnbreiige Nahrung verabreicht werden.



Mittlerweile ist der Einsatz einer PEG-Sonde die am häufigsten angewandte Methode für eine mittel- und langfristige enterale Ernährung von Menschen, die aufgrund von bestimmten Erkrankungen nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nehmen können.

ethischen Prinzipien von Autonomie und Fürsorge gegeneinander abzuwägen.

Viel zu selten, wenn eine PEG-Sonde gelegt wird, wurde zuvor auch versucht, den mutmaßlichen Willen eines an einer Demenz erkrankten Menschen ausreichend zu ermitteln. Und selbst wenn dieser vor seiner Erkrankung äußerte, dass er nie von Schläuchen und Sonden versorgt im Bett liegend sein Leben beenden will, so wird seine Aussage, sofern keine korrekt formulierte Patientenverfügung vorliegt, kaum beachtet.

### MEDIZINISCHE THERAPIE ODER BASISVERSORGUNG?

Künstliche Ernährung ist eine medizinische Behandlung bzw. Therapie. Somit bedarf das Einleiten bzw. Weiterführen einer solchen immer der medizinischen Indikation. Dies ergibt sich aus der aktuellen Rechtsprechung, den Richtlinien der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) und aus den Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In diesen wurden die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr den ärztlichen indizierten Maßnahmen zugeordnet und somit als eine absetzbare Maßnahme deklariert. Lediglich das Stillen von Hunger und Durst wird laut Bundesärztekammer als Basisversorgung konstatiert. In verschiedenen Stellungnahmen und Artikeln wird diese Definition, gerade in Bezug auf nicht einwilligungsfähige Personen, kritisiert und abgelehnt. Für diese Menschen, wenn sie sich nicht in einem „irreversiblen tödlichen Verlauf“ befinden, wird die künstliche Ernährung darin als Basisversorgung eingefordert.

Das Legen einer PEG-Sonde stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar und bedarf aufgrund dessen generell der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten. Dies ergibt sich aus Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes. Ohne die Einwilligung der/des Betroffenen erfüllt sich der Straftatbestand der Körperverletzung (siehe dazu auch aktuellen Bundesgerichtshofbeschluss vom 8. Juni 2005 – XII ZR 177/03). Dies gilt selbstverständlich auch, wenn die Betroffenen diese Maßnahme bereits in einer Patientenverfügung unter bestimmten Voraussetzungen für sich ablehnen oder wenn es ersichtlich wird, dass sie eine solche Maßnahme in seiner bestehenden Situation nicht mehr gewollt hätten. Da die Diskussion um die

Gültigkeit von Patientenverfügungen momentan wegen der Bundestagswahl auf Eis gelegt ist, gilt es abzuwarten, wie antizipierte Willensbekundungen im Gesetz verankert werden. Allerdings muss die Problematik von Stellvertreter-Entscheidungen gerade bei Menschen mit Demenz noch gesellschaftlich diskutiert werden. Man weiß noch zu wenig über das Erleben und Empfinden von Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium und deren Fähigkeit noch einen eigenen Willen zu äußern, so dass wir immer wieder auf subjektive Interpretationen zurückgreifen, die natürlich mit der Gefahr der Fehlinterpretation einhergehen. Anzumerken ist allerdings auch, dass nie alle Risiken einer Fehlentscheidung prospektiv ausgeschlossen werden können.

### URSACHEN DER NAHRUNGSVERWEIGERUNG JEWEILS INDIVIDUELL FESTSTELLEN

Eine vorweggenommene Willensbekundung, egal in welcher Form, ist eine Entscheidung in Unkenntnis darüber, wie in der akuten Lebenssituation empfunden wird. Kein Mensch weiß, wie er seine Demenzerkrankung erlebt. Es gibt zahlreiche Beispiele von schwer demenzkranken Personen, die einen scheinbar zufriedenen Eindruck machen, obwohl sie sich in den gesunden Phasen ihres Lebens gerade vor dieser Krankheit gefürchtet haben.

Sicher ist es schwierig zu verstehen, dass im Endstadium der Demenz ein würdevolles und lebenswertes Leben möglich ist. Gerade dann, wenn „Pflegeskandale“ in den Medien aufgezeigt und die Unterversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern deklariert werden. Diese zu leugnen ist sicherlich nicht der richtige Weg. Es gilt allerdings auch zu betonen, dass ein würdevoller Umgang auch im Endstadium der Erkrankung möglich ist, so wie es auch in zahlreichen Einrichtungen bereits praktiziert wird. Dies muss in der Bevölkerung bewusst gemacht werden, damit jede Person für sich, ihrer Lebenseinstellung entsprechend, eine individuelle und angemessene Entscheidung treffen kann. Ebenso ist es sinnvoll, auch noch im Anfangsstadium der Demenz mit den Betroffenen über ihre Vorstellungen und Wünsche am Ende ihres Lebens zu sprechen und diese, wenn gewünscht, auch zu dokumentieren.

Eine antizipierte Willensbekundung wie eine Patientenverfügung bewahrt nicht davor, die Umstände der Verweigerung von Essen und Trinken genauer zu untersuchen und durch einfühlsame Betreuung den aktuellen Willen des Menschen mit Demenz zu erforschen, um im gemeinsamen Konsens aller an der Betreuung des Betroffenen Beteiligten eine individuelle und der Person gerechte Entscheidung zu treffen.

Von großer Bedeutung ist dabei, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Betreuerinnen/Betreuern und Ärztinnen/Ärzten besteht, damit eine Entscheidung im gemeinsamen Dialog getroffen werden kann.

„Sie dürfen sie/ihn nicht verhungern oder verdursten lassen.“ Dieser Satz, der in der Praxis regelmäßig ausgesprochen wird, ist manipulierend. Die Betreuer oder Bevollmächtigten werden mit der Unterstellung, einen unabwendbaren Leidensprozess zuzulassen, unter Druck gesetzt. Mit dieser Drohung wird eine möglichst objektive Entscheidung verhindert und eventuell eine „Zwangsernährung“ eingeleitet. Eine Aussage dieser Art ist grundsätzlich zu unterlassen, denn es muss immer erst festgestellt werden, ob die Betroffenen unter Hunger und Durst leiden, da dies, wie auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer genauer ausgeführt, ein subjektives Empfinden ist. An den Folgen der Austrocknung zu sterben ist etwas anderes als zu verdursten. Es gilt also, durch einfühlsame Beobachtung der Kranken festzustellen, ob Hunger- und Durstempfinden vorliegen. Erst nach dieser Einschätzung sollte eine Entscheidung getroffen werden. Die Betreuer müssen aber im Sinne der Betroffenen entscheiden und nicht nach dem Motto: „Dies würde ich für mich nicht mehr wollen!“ Eine genaue Betrachtung der Argumentationsperspektive muss gewährleistet sein. Nicht das Empfinden der Entscheiderinnen und Entscheider ist Grundlage, sondern das Empfinden der Menschen mit Demenz.

#### LEBENSCHUTZ MUSS VORRANG HABEN

„Wenn ich in Folge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu



Die betreuende Person sollte möglichst an der Erstellung einer Patientenverfügung beteiligt sein. Foto: W. Krüper

nehmen, wünsche ich, dass keine künstliche Ernährung – unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) – erfolgt.“ Diese Formulierung, wie sie in der „Formulierungshilfe Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz empfohlen wird, birgt die Gefahr, dass eine stille Euthanasie ermöglicht wird. Dem Unterzeichner muss bekannt sein, dass die Ablehnung von Nahrung nicht durch einen Sterbenswunsch bedingt sein muss, sondern dass auch eine Reihe von anderen Ursachen dazu führen kann (siehe nachfolgende Tabelle).

#### Mögliche Ursachen für eine reduzierte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

- Abschreckende, nicht auf die erkrankte Person angepasste Umgebung
- Ruf nach mehr Zuwendung
- Sensorische Beeinträchtigung
- Appetitlosigkeit
- Agnosie (Störung der Fähigkeit, Sinneswahrnehmungen als solche zu erkennen)
- Apraxie (Unfähigkeit, sinnvolle und zweckmäßige Bewegungen durchzuführen zu können)
- Depression
- Wahnvorstellungen
- Erkrankungen des Mundes und Magen-Darm-Trakts
- Hospitalhopping

Denn durch eine solche Formulierung ist der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin oder die als Betreuer eingesetzte Person berechtigt, eine künstliche Ernährung zu unterlassen, ohne nach den genaueren Ursachen zu suchen.

WAS PASSIERT, WENN EINEM  
STERBENDEN MENSCHEN  
(MIT DEMENZ)  
KEINE NAHRUNG MEHR  
ZUGEFÜHRT WIRD?

Bei Menschen mit Demenz ist das alterstypische mangelnde Durstgefühl extrem ausgeprägt. Das ist gefährlich, solange die Betroffenen therapiert werden sollen. Wenn sich der demenzkranke Mensch allerdings im letzten Stadium der Erkrankung befindet, so kann damit der Sterbeprozess sinnvoll unterstützt werden. Flüssigkeitsmangel und fehlende Zufuhr von Nahrungsstoffen führen zur Ausschüttung von endogenen Opiaten im Gehirn, was einen euphorisierenden und anästhesierenden Effekt hat. Die kranke Person geht in einen Dämmerzustand über, in dem sie nicht mehr viele, im Idealfall gar keine körperlichen Schmerzen mehr empfindet. Durch den Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel wird also das Sterben auf natürliche Weise erleichtert.

Voraussetzung ist aber selbstverständlich die optimale Mundpflege des bzw. der Erkrankten, die gewährleistet sein muss. Eine Untersuchung in den USA bei 32 sterbenden Menschen ergab, dass ungeachtet einer nach üblichen Standards völlig unzureichenden oralen Zufuhr von Flüssigkeit bei allen durch Eis-Chips und Mundpflege das Gefühl von Mundtrockenheit oder von Durst, wenn überhaupt vorhanden, vollständig beherrscht werden konnte.

Eine der „Thesen zur Trinkverweigerung Demenzkranker“ von Dr. Albert Wettstein, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich und Co-Leiter des Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, lautet: „Ob der Demenzkranke wirklich noch Durst empfindet, kann dadurch ermittelt werden, indem man ihm zu trinken gibt. Wenn er unter Durst leidet, wird er gierig versuchen, die ihm angebotene Flüssigkeit zu trinken, selbst wenn er nicht mehr schlucken kann. Dies kann dann auch mit einem nassen Waschlappen geschehen, den man ihm zum Saugen in den Mund gibt.“

Genau diese Ursachenforschung sollten diese Personen aber betreiben, wenn sie eine ethisch korrekte Entscheidung treffen wollen. Doch durch die kategorische Anerkennung einer solchen Formulierung wird es ihnen ermöglicht, einen erkrankten Menschen sterben zu lassen, auch wenn dieser es in der aktuellen Situation nicht möchte.

Aus diesem Grund sollten zusätzlich immer Wertvorstellungen und Wünsche bezogen auf das eigene Lebensende klar formuliert sein. Ebenso wichtig ist es, auch eine Betreuungsverfügung bzw. eine Vorsorgevollmacht auszustellen, damit gerade bei Einwilligungsunfähigkeit eine Stellvertreterin bzw. ein Stellvertreter die Wünsche vor der Ärztin bzw. dem Arzt vertreten kann. Es sollte auch schriftlich bestätigt werden, dass die betreuende bzw. vorsorgevollmächtigte Person bei der Erstellung der Patientenverfügung beteiligt war oder zumindest die Vorstellungen und Wünsche mit der ausstellenden Person besprochen hat. Diese engen Kriterien sollten an Patientenverfügungen bei Menschen mit Demenz angelegt werden, damit ein unkritisches Unterlassen oder Beenden von künstlicher Ernährung ausgeschlossen werden kann. Ebenso streng müssen die Kriterien für den mutmaßlichen Willen gelten. Zum einen muss es eine Entscheidungsrichtlinie sowie ein Überwachungsinstrument geben, welche den Ärztinnen und Ärzten sowie den Betreuerinnen und Betreuern übergeordnet werden. Auch wenn dadurch die Gefahr der Überregulierung besteht, muss man wissen, dass man noch nicht von einer flächendeckenden ethischen Kompetenz unter den Ärzten und Pflegekräften ausgehen kann und somit der Lebensschutz Vorrang haben muss. Ethische Kompetenz bezüglich Sterbehilfe muss noch weiter in den Ausbildungen, sowohl bei den Medizinerinnen und Medizinern als auch bei Pflegekräften, implementiert und gefördert werden.

#### STUDIEN UND LEITLINIEN

Die seit 1999 in der internationalen Literatur immer wieder erwähnte Meta-Analyse von Finucane zeigt auf, dass künstliche Ernährung wahrscheinlich wenig Nutzen für Menschen mit Demenz hat. Das Fazit des US-amerikanischen Mediziner Finucane lautet: Eine PEG

Die Entscheidung für oder gegen Sondenernährung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist jeweils eine Einzelfallentscheidung.  
Foto: Werner Krüper



hilft schwer Demenzkranken wenig. Verständnissvolle, motivierte, engagierte, geduldige Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ist die geeignete Therapie.

Auch wenn vor allem der zweite Satz immer wieder betont werden muss, gilt es aber auch, auf die methodischen Mängel der in dieser Meta-Analyse verwendeten Studien hinzuweisen und ihre Aussagekraft in Frage zu stellen. Im August 2004 wurde die Leitlinie zur enteralen Ernährung in der Geriatrie von der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) und DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) vorgestellt. Unabhängige Wissenschaftler haben alle Studien seit dem Jahre 1985 zusammengefasst und nach wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Die Expertengruppe kommt zu folgendem Ergebnis:

- Orale Supplemente oder Sondenernährung führt bei dementen Patienten zu einer Verbesserung des Ernährungszustands. Obwohl Auswirkungen einer Ernährungstherapie auf die Überlebenszeit und funktionelle Parameter bisher nicht adäquat untersucht sind, werden orale Supplemente bei Demenzkranken in frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen.
- Die Entscheidung für Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung.
- Für Menschen im Endstadium der Demenz wird Sondenernährung nicht empfohlen.

Die Expertengruppe weist allerdings auch darauf hin, dass sich aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse der Nutzen einer künst-

lichen Ernährung gegenwärtig nicht zufriedenstellend beantworten lässt. Besonders in Bezug auf die Überlebenszeit ist die Datenlage sehr unterschiedlich. Eine generelle Ablehnung der künstlichen Ernährung bei Menschen mit Demenz ist aufgrund der wissenschaftlichen Daten aber nicht zu empfehlen, auch wenn dies in mehreren Ländern wie beispielsweise in den USA, Großbritannien, Norwegen und Frankreich bereits teilweise umgesetzt wird. In der Praxis zeigt es sich aber immer wieder, dass Betroffene von einer künstlichen Ernährung profitieren.

Grundsätzlich gilt: Die Entscheidung für Sondenernährung bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung. Im Zweifel sollte die Entscheidung immer für eine Sondenernährung ausfallen – mit der Option, diese auch wieder zu entfernen, wenn sie von der erkrankten Person abgelehnt wird, indem sie versucht, sich diese mit Gewalt herauszureißen. Aber auch wenn durch die Sondenernährung dauerhaft Komplikationen auftreten, wie z. B. nicht behandelbare Diarrhöen, Übelkeit oder Ödeme usw., sollte die Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr angepasst oder, wenn nötig, vollständig eingestellt werden. Eine einmal gelegte PEG-Sonde darf keine Verpflichtung zur lebenslangen Ernährung über diese darstellen. Es müssen immer wieder die aktuelle körperliche Verfassung, aber auch eventuell vorhandene antizipierte Willensbekundungen im Auge behalten werden.

## KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG: LEBENS- ERHALTUNG OHNE LEBENSQUALITÄT?

Das Schmecken von Sondennahrung über 24 Stunden am Tag kann als massive Einschränkung der Lebensqualität konstatiert werden und fördert einen regredierenden Zustand bis ins Stadium des Dahinvegetierens.

Eindrucksvoll wird dies in einem amerikanischen Lehrvideo belegt: Es zeigt einen seit Wochen ausschließlich über eine PEG-Sonde ernährten demenzkranken Mann, der immobil und völlig pflegeabhängig ist, nicht mehr verbal kommunizieren und auch keinen Augenkontakt herstellen kann. Ein interdisziplinäres Behandlungsteam nimmt sich seiner an und führt ihm schrittweise Nahrung auf natürlichem Weg zu. Nach zwei Wochen intensiver Zuwendung sind dramatische Veränderungen bei dem scheinbar dahinvegetierenden Mann erkennbar: Er kann wieder sprechen, laufen und am sozialen Leben aktiv teilnehmen. Dies zeigt deutlich, wie Zuwendung, professionelle Pflege und orale Nahrungszufuhr eine soziale Deprivation verhindern oder zumindest verzögern können.

Dies zeigen z. B. auch die Erfahrungen von Marina Kojer, die jahrelang als Chefärztin eine palliative Station für demenzkranke Menschen geleitet hat. Essen und Trinken gehören zu den letzten Fähigkeiten, die den Kranken verbleiben, und daher müssen sie bis zum Tod erhalten werden, selbst wenn eine PEG-Sonde gelegt wurde.

„Es gibt zwei Gnaden der Demenz: Einmal, dass ein Mensch mit Demenz vergisst, dass er an dieser Krankheit leidet, die andere Gnade ist die, dass er irgendwann die Fähigkeit zu essen und zu trinken verliert.“ Dieses Zitat aus einem US-amerikanischen Werk zum Thema Alzheimer und Ethik zeigt auf, dass andere Länder hinsichtlich dieser Problematik zu einer Vorgehensweise tendieren, die einen sanften Tod durch eine Ablehnung von künstlicher Ernährung für demenzkranke Menschen ermöglicht. Grundlage dieser zunehmend restriktiven Vorgehensweise sind die bereits erwähnten Studien. In den Zeiten von Managed Care und einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens sollten wir uns davor hüten, monetäre Aspekte in solche Überlegungen einfließen zu lassen. Es gilt noch einmal zu betonen, dass nach wissenschaftlichen Kriterien eine klare Aussage bezüglich des Nutzens einer Ernährung über eine PEG-Sonde bei Menschen mit Demenz nicht getroffen werden kann.

Auf der anderen Seite gilt es zu bedenken: Ein maximaler Lebensschutz kann auch eine Leidensverlängerung bzw. Leidensverstärkung zur Folge haben. Es muss eine gesellschaftliche Diskussion über Alter, Sterben und Tod in Gang gesetzt werden, damit ein „normales Sterben“ ermöglicht und nicht auf Institutionen abgeschoben und somit tabuisiert wird. Das Sterben sollte akzeptiert und nicht verdrängt werden. Dazu gehört eben auch zu verstehen, dass Nahrung und Flüssigkeit im Sterben an Bedeutung verlieren.



Es gibt viele Ursachen dafür, warum Menschen mit Demenz Essen und Trinken verweigern.  
Foto: Pagagaite/EVIM

## ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN FÜR DIE ANLAGE EINER PEG-SONDE:

- Das Anlegen der PEG-Sonde orientiert sich am mutmaßlichen Willen des bzw. der Betroffenen.
- Es wurden vorher alle Maßnahmen unternommen, um die erkrankte Person zum Essen und Trinken zu bewegen.
- Ernährungsprobleme werden frühzeitig aufgedeckt und eine Sondenernährung wird eingeleitet, solange die bzw. der Betroffene noch ausreichend körperliche Ressourcen hat und die Mangelernährung sich noch nicht manifestiert hat.
- Eine PEG-Sonde bedeutet nicht einen Ausschluss aus dem sozialen Leben und den alltäglichen Gewohnheiten. Es muss eine weitere Teilnahme an den gewohnten Mahlzeiten sowie – wenn möglich – eine orale Nahrungszufuhr ermöglicht werden.
- Andere neben der Demenz vorhandene Erkrankungen müssen in die Entscheidung für eine künstliche Ernährung mit einfließen. Denn bisher gibt es keinen Anhalt dafür, dass eine Demenz für eine Lebenszeitverkürzung verantwortlich ist. Wesentlich bedeutender sind hier die „Komorbiditäten“ bzw. das Stresserleben aufgrund der demenzbedingten Beeinträchtigungen.

Wie ein Mensch mit Demenz sein Leben empfindet, wissen wir nicht. Entsprechende Forschungen fehlen. Grundsätzlich ist es aber ethisch nicht vertretbar, einem Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz sein Lebensrecht abzusprechen, nur weil „Außenstehende“ dieses Leben nicht lebenswert oder würdevoll empfinden. Somit ist für jeden Demenzkranken ein Recht auf Ernährung – gegebenenfalls künstlicher Ernährung – zu postulieren, wenn dies seinem Willen bzw. mutmaßlichen Willen entspricht.

### LITERATUR

- Becker, W.; Hilbert, T.: Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der stationären Altenpflege. Gesundheitsamt Bremen, 2004
- Bundesärztekammer 2004: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, 19:

1298–1299 oder

[www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Sterbebegleitung2004/index.html)

- Finucane, T. E. et al.: Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. A Review of the Evidence. In: *Jama*, 1999. Vol. 282, 14, S. 1365–1370
- Kojer, M.: *Alt, Krank und Verwirrt*. 2. Auflage. Lambertus-Verlag, Freiburg, 2003
- Kolb, C.: *Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde ja oder nein?* 3., überarbeitete Auflage. Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M., 2004
- Oehmichen, F.: *Künstliche Ernährung am Lebensende*. Berliner Medizinethische Schriften. Humanitas-Verlag, Dortmund, 2001
- Post, S. G.: *The Moral Challenge of Alzheimer Disease. Ethical Issues from Diagnosis to Dying*, 2. Auflage, The Johns Hopkins University Press, 2000
- Terra Nova Films (Video) *Alzheimer's Disease: Natural Feeding Techniques*. o. J. In Amerika erhältlich unter [www.terranova.org](http://www.terranova.org)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: *Empfehlungen zum Umgang mit Ernährungsstörungen bei Demenz* unter: [http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?ud=37&no\\_cache3=16file=21&uid=224](http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?ud=37&no_cache3=16file=21&uid=224)



Christian Kolb ist als Krankenpfleger und Praxisanleiter auf einer geriatrischen Station am Klinikum Nürnberg-Nord tätig. Er engagiert sich unter anderem als Mitglied der Alzheimer Angehörigen Initiative e.V. Mit dem Thema „Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken“ beschäftigt er sich intensiv seit 2001 und hat dazu auch ein gleichnamiges Buch (siehe Literaturliste) veröffentlicht. Er ist auch Autor der informativen Internet-Seite <http://www.nahrungsverweigerung.de>.