



kreuznacher
diakonie



Stiftung kreuznacher diakonie

Grundsätze zu künstlicher Ernährung

im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

www.kreuznacherdiakonie.de

Stiftung kreuznacher diakonie

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist eine gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts und wurde 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Seit über 125 Jahren nimmt die Stiftung kreuznacher diakonie teil am Auftrag der Kirche, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Sie weiß sich diesem Auftrag verpflichtet und beteiligt sich seit ihren Anfängen an der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche. Die Stiftung nimmt sich besonders Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an. Diesen Auftrag fördern in besonderer Weise die Diakonischen Gemeinschaften Diakonissen-Mutterhaus und Paulinum.

Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Geschäftsfeldern organisiert:

- **Krankenhäuser und Hospize**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen
- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahmen
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

Die Stiftung bietet rund 750 pflegerische, pädagogische und diakonisch-theologische Aus- und Weiterbildungsplätze. Täglich nehmen Tausende von Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Rund 6.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist auf die Hilfe von Freundinnen und Freunden angewiesen. Sie unterstützen diakonisch-soziale Angebote durch Geld- und Sachzuwendungen, durch Vermächtnisse und Stiftungen. Diese Hilfen kommen direkt den Menschen zugute, die die Dienste der Stiftung in Anspruch nehmen.

Unser Spendenkonto bei der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank
IBAN DE50 1006 1006 1006 40 · BIC GENODED1KDB

Stiftung kreuznacher diakonie

Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach

Tel. 0671 / 605-0

E-Mail info@kreuznacherdiakonie.de

www.kreuznacherdiakonie.de

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Herausgeber | Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts · Ringstraße 58 · 55543 Bad Kreuznach |
| Verantwortlich | Der Vorstand |
| Redaktion | Redaktion Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie |
| Layout Grafik | Referat Kommunikation · Stiftung kreuznacher diakonie transformdesign |
| Titelfoto | Matthias Luhn |
| Stand | Februar 2018 |

Grundsätze zu künstlicher Ernährung

im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
der Stiftung kreuznacher diakonie

- 5 Einführung
- 6 1. Indikationen
- 2. Abwägung
 - 2.1. Die Bedeutung des behandelnden Teams
 - 2.2. Kritische Aspekte
 - 2.2.1. Nahrungsverweigerung
 - 2.2.2. Cerebral schwerstgeschädigte Menschen
 - 2.2.3. Sterbende Menschen
 - 2.3. Positive Aspekte
- 11 3. Aufklärung und Einwilligung
 - 3.1. Der einwilligungsfähige Patient
 - 3.2. Der nicht einwilligungsfähige Patient
 - 3.3. Aufklärung
- 12 4. Ablauf
- 13 5. PEG-Sonde – Das Wichtigste auf einen Blick
 - 5.1. Ablaufschema zur Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde
- 16 6. Literaturangaben
- 18 7. Inkrafttreten

In dieser Publikation wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise geachtet. Wo dies nicht möglich ist, wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit das ursprüngliche grammatikalische Geschlecht verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch das jeweils andere Geschlecht angesprochen ist.

Einführung

Künstliche Ernährung erfolgt in der Regel über eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG). Dies ist eine technisch relativ einfache Methode zur passageren (Wochen/Monate) oder dauerhaften Ernährung bei Schluckstörungen. In der Vergangenheit benutzte man dazu meist Nasensonden, die heute wegen der damit verbundenen Beschwerden und optischen Stigmatisierung meist nur für Tage bzw. wenige Wochen zum Einsatz kommen. Erstmals angewandt wurde die PEG-Sonde im Jahr 1981 und insbesondere seit Mitte der 1990er-Jahre kommt sie in zunehmendem Umfang zum Einsatz.

Durch die Möglichkeiten der modernen Medizin im Bereich der künstlichen enteralen Ernährung ist es erforderlich, in diesem Neuland ethisch vertretbare Wege zu finden. Das Legen von PEG-Sonden wird zum zunehmend häufigeren Eingriff, da einerseits die Intensivmedizin vielen Menschen ein Überleben mit schweren bleibenden Schäden ermöglicht, andererseits die Menschen immer älter werden, was mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen einhergeht. Bei diesen Patienten ist die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Langzeiternährung ein sehr komplexes Unterfangen.

Im Entscheidungsprozess spielen sowohl medizinische, ethische und emotionale Faktoren als auch gesellschaftliche und juristische Rahmenbedingungen eine Rolle. Nicht unterschätzen darf man vor allem die emotionalen Aspekte, insbesondere was das „Verhungern- und Verdurstenlassen“ betrifft, sowohl seitens der Angehörigen/Betreuer, als auch auf der Seite des Behandlungsteams. Gesellschaftliche Gegebenheiten erschweren die Situation. So können immer weniger alte und kranke Menschen zu Hause betreut werden. In den Altenheimen sind bei gleichbleibendem Personalschlüssel zunehmend mehr schwerstpflegebedürftige Bewohner zu versorgen. Durch die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus werden Patienten mit Schluckstörungen früher entlassen (z. B. nach Apoplex).

Diese Grundsätze zu künstlicher Ernährung wollen vor diesem Hintergrund insbesondere Hilfe bieten bei der Entscheidung für oder gegen eine Ernährung mittels PEG-Sonde, indem sie generelle Voraussetzungen und Abwägungskriterien benennen. Dies bedeutet nicht, dass im Einzelfall nicht weitere Punkte zu berücksichtigen sind. ■

1. Indikationen

Künstliche enterale Ernährung ist z. B. indiziert bei:

- Passagerer Schluckstörung (z. B. Apoplex)
- Nicht ursächlich behandelbarer organischer Schluckstörung (z. B. Ösophaguskarzinom)
- Lebensbedrohender Nahrungsverweigerung bei psychisch Kranken (z. B. Anorexie, Depression)
- Schwerster cerebraler Schädigung (siehe auch „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung 2011“)

2. Abwägung

Die medizinische Indikation ist die Grundlage zur Entscheidung, es gibt aber keine „PEG-Sonden-Pflicht“.

Maßgeblich sind der Wille des Patienten sowie eine Gesamtbetrachtung seiner Lebensumstände. Ist der Patient nicht entscheidungsfähig, bedarf es eines sorgfältigen Abwägens gemeinsam mit dem Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigten, siehe 3.2).

2.1. Die Bedeutung des behandelnden Teams

Bevor die Betroffenen über die Möglichkeit des Anlegens einer PEG-Sonde informiert werden, soll die Indikation im Team aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden besprochen und im Konsens entschieden werden. Auf moralischer Ebene ist diese Verantwortung teilbar, juristisch trägt der Arzt die Letztverantwortung. Im Falle des Dissenses ist das Klinische Ethikkomitee anzurufen.

2.2. Kritische Aspekte

2.2.1 Nahrungsverweigerung

Im Falle einer Nahrungsverweigerung müssen die Ursachen im Gespräch mit dem Patienten bzw. seinem Vertreter abgeklärt werden. Es mag z. B. das Bedürfnis nach mehr Zuwendung dahinter stehen oder ein Ausdruck von Protest sein. In schwierigen Situationen kann dies auch unter Zuhilfenahme von Seelsorger oder Psychiater erfolgen.

2.2.2. Cerebral schwerstgeschädigte Menschen

Bei ausgeprägten Hirnschäden (z. B. nach intracerebraler Blutung oder Reanimation) ist eine Prognose oft erst nach längerer Zeit abzugeben und die weitere Entwicklung nicht mit letzter Sicherheit vorhersehbar. Dies macht die Entscheidung besonders schwierig.

Die Demenz-Erkrankung ist ein progredientes Geschehen, das zum Tode führt. Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, Nahrung zu kauen und zu schlucken oder die Nahrungsaufnahme verweigern, befinden sich in der finalen Phase dieser Erkrankung (GILLICK 2000). Bei diesen alten und häufig multimorbiden Menschen kann eine Erweiterung des Begriffes „Sterben“ sinnvoll sein. Wie in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vorgeschlagen, handelt es sich dann um eine „infauste Prognose“. Das Leben bzw. Sterben muss dann nicht künstlich verlängert werden.

Hierzu EIBACH und ZWIRNER (2002): „Um zu ermitteln, ob das Sterben in dem angedeuteten weiteren Sinne eingesetzt hat, ist die Wahrnehmung und Beachtung vieler Phänomene notwendig. Die Beurteilung des Zustands durch erfahrene Ärzte verschiedener Fachrichtungen ist unbedingt zu empfehlen. Ein Hinweis kann auch die trotz ausreichender Ernährung mangelnde Nahrungsverwertung und selbst eine 'Nahrungsverweigerung' sein.“ Für das Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie müssen die Ärzte nicht unbedingt aus verschiedenen Fachrichtungen kommen. Zusätzlich nutzen wir die Kompetenz und Erfahrung der Pflegenden bei solchen Entscheidungen.

Als Indikation für eine PEG-Sonde bei dementen Patienten wird der Lebenserhalt bzw. die Lebensverlängerung oder der Schutz vor Aspiration angeführt. FINUCANE konnte jedoch 1996 nachweisen, dass eine PEG-Sonde bei dieser Patientengruppe nicht vor Aspiration schützt und es ist nicht bewiesen, dass sie Leben verlängert (GILLICK 2000). Aus diesen Gründen ist die Indikation sorgfältig zu stellen. Um die Aspirationsgefahr so gering wie möglich zu halten, ist die Nahrung nach dem gültigen Standard zu applizieren.

Es sollte auch nicht übersehen werden, dass nach der Implantation einer PEG-Sonde demente Menschen möglicherweise fixiert oder sediert werden müssen, damit sie nicht an der PEG-Sonde manipulieren.

Es muss abgewogen werden, ob dadurch nicht mehr Leiden geschaffen als gelindert werden. Hier ist auch die Würde des Patienten, der nicht mehr für sich selbst sprechen kann, betroffen.

2.2.3. Sterbende Menschen

Bei sterbenden Menschen gibt es weder eine medizinische noch eine juristische oder moralische Verpflichtung zur künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung. Es ist im Gegenteil sogar so, dass es keine Berechtigung gibt, den Sterbeprozess zu verlängern.

Hilfreich sind hier die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und die „Grundsätze zur Begleitung von Sterbenden im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie“. Dort wird unter den Basis-Maßnahmen das Stillen des subjektiven Empfindens von Hunger und Durst genannt und nicht die künstliche Versorgung mit Nährstoffen und Wasser. Wie palliativmedizinische Untersuchungen gezeigt haben, verursacht die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung in dieser Lebensphase meist mehr Leid, als dass sie Leiden lindert. Hunger- und Durstgefühle schwinden, wobei Letztere mit kleinen Flüssigkeitsmengen, Eiswürfeln zum Lutschen und guter Mundpflege behoben werden können. Mit zunehmender Exsikkose reduzieren sich Übelkeit, Erbrechen, Ödeme, Dekubiti, Husten und Inkontinenz.

Auch eine analgetische und sedierende Wirkung des Flüssigkeitsmangels wird beschrieben. Zur weiteren Linderung von Beschwerden können Opiate appliziert werden.

Unsere Aufgabe ist es hier, Respekt vor der Unabänderlichkeit des Todes zu haben und den Menschen den natürlichen Weg gehen zu lassen. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Verhungern und Verdursten“ ist für alle in solche Entscheidungen eingebundenen Mitarbeitenden wichtig und unverzichtbar.

2.3. Positive Aspekte

Nachdem im Vorangehenden die eher problematischen Aspekte der PEG-Sonde erörtert wurden, soll auch auf einige der Vorteile hingewiesen werden. So kann unter Umständen erst durch eine solche Pflegeerleichterung eine Versorgung zu Hause ermöglicht werden, etwa bei Berufstätigkeit der Angehörigen. Insbesondere bei Kindern mit Behinderungen entfällt die Stigmatisierung, wie sie früher mit der deutlich sichtbaren Nasensonde gegeben war. Medikamente sind einfacher applizierbar.

Viele Menschen erfahren eine Steigerung ihrer Lebensqualität dadurch, dass sie sich nicht mehr verschlucken und dass die Last des Essen-Müssens wegfällt.

Über die PEG-Sonde können sie besser und ausgewogener ernährt werden, was z. B. bedeutet, dass sie seltener unter Dekubiti, Harnwegsinfekten und Obstipation leiden.

Diese positiven Effekte konnten jedoch nicht nachgewiesen werden für Menschen mit schwerer Demenz und für Patienten mit fortgeschrittenen konsumierenden Erkrankungen wie Krebsleiden oder AIDS (FINUCANE 1999).

Bei Karzinompatienten, bei denen es im Rahmen von Bestrahlung oder Chemotherapie zu passageren Problemen bei der Nahrungsaufnahme kommt, sollte dahingegen die Anlage einer PEG-Sonde frühzeitig in Erwägung gezogen werden, bevor rapide Gewichtsverluste, Immunabwehr und Lebensqualität herabsetzen.

Auch Menschen, bei denen es auf Grund eines teilweisen oder kompletten Verschlusses der Darmwege zu quälender Übelkeit und Erbrechen kommt, können durch die PEG-Sonde große Entlastung erfahren. In diesem Fall wird sie primär als Ablaufsonde genutzt und schenkt mehr Lebensqualität. Die Patienten können wieder auf normalem Wege trinken und Essen in pürrierter Form zu sich nehmen; der Mageninhalt verlässt dann durch die PEG-Sonde den Körper (siehe Anlage „PEG-Sonde als Ablaufsonde“). ■

» Wir achten das Recht auf Selbstbestimmung.

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

3. Aufklärung und Einwilligung

3.1. Der einwilligungsfähige Patient

Der einwilligungsfähige Patient entscheidet selbst, der Patientenwille ist also bindend. Dies setzt geistige Gesundheit und eine umfassende und für den Patienten verständliche Aufklärung voraus.

3.2. Der nicht einwilligungsfähige Patient

Ist die Fähigkeit zur eigenen Entscheidung in der aktuellen Situation nicht gegeben, wird eine vorliegende Vorsorgevollmacht wirksam bzw. muss vom Gericht ein Betreuer eingesetzt werden. Aufgabe des Vertreters ist es dann, eine vorliegende Patientenverfügung umzusetzen oder den „mutmaßlichen Willen“ zu eruieren, indem z. B. Angehörige, der Hausarzt und das Pflegeheim befragt werden nach Äußerungen des Patienten und nach seinen Wertvorstellungen. Gerade auch diese Patienten nehmen wir in ihrer Würde ernst.

Wertvoll sind in diesem Zusammenhang möglichst konkrete Patientenverfügungen, die umso bindender sind, je eindeutiger die darin beschriebene Situation mit der jetzigen Realität übereinstimmt. Sind sie sehr allgemein formuliert, so geben sie zur Entscheidungsfindung jedoch wenigstens einen Hinweis auf den Patientenwillen.

3.3. Aufklärung

Die Einwilligung setzt eine frühzeitige und umfassende Aufklärung voraus. Aufklärung darf nicht nur medizinische Aufklärung im klassischen Sinn (wie z. B. anhand des Perimed-Aufklärungsbogens) bedeuten. In einem Aufklärungsgespräch geht es nicht nur um die Weitergabe von medizinisch-juristischen Informationen, sondern auch um die Verbesserung der Entscheidungskompetenz (Erzielung eines „informed consent“ = Zustimmung nach ausreichender Information). Hierzu gehört auch die ausführliche und kompetente Beratung z. B. bezüglich etwaiger Alternativen, des pflegerischen Umgangs und ganz allgemein des Lebens mit der PEG-Sonde.

Das Ziel der Maßnahme ist klarzustellen: Geht es um die Überbrückung eines Zustandes, um die Verlängerung des Lebens oder z. B. um mehr Lebensqualität? Konsequenzen für den Betroffenen und die Angehörigen müssen angesprochen werden.

Ist der Patient im engeren oder weiteren Sinne sterbend, sind alternative Möglichkeiten zur Linderung von Hunger oder Durst aufzuzeigen, um den Sterbeprozess nicht unnötig zu verlängern.

Eine gute Aufklärung mindert für alle Beteiligten die Last der Verantwortung. Die Gründe zur Entscheidungsfindung sind schriftlich zu dokumentieren. ■

4. Ablauf

Neben dem ärztlichen Aufklärungsgespräch soll ein pflegerisches Beratungsgespräch vor der endgültigen Entscheidung geführt werden. Ein Einlegeblatt (siehe Anlage „Ergänzende Informationen zur PEG-Sonde“) ergänzt den üblichen Aufklärungsbogen aus pflegerischer und ethischer Sicht. Dieses wird mit den Patienten bzw. ihren Angehörigen/Betreuern besprochen.

Das Ablaufschema und die Checkliste (siehe Anlagen) erleichtern die Prüfung, ob diese Grundsätze zum Legen einer PEG-Sonde beachtet wurden. Bei Bedarf wird eine Begleitung der Angehörigen durch Seelsorge oder Sozialdienst angeboten und auf die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung hingewiesen.

Wesentlich ist, dass diese Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen frühzeitig erfolgen, so dass Entscheidungen nicht unter Zeitdruck getroffen werden müssen. ■

5. PEG-Sonde – Das Wichtigste auf einen Blick

Allgemeines

- Die Achtung und Umsetzung des Patientenwillens ist oberstes Gebot.
- Die Beschäftigung mit der Thematik „Verhungern und Verdurstern“ ist verpflichtend für alle Mitarbeitende, die Patienten für eine PEG-Sonde aufklären und sie versorgen.
- So lange wie möglich soll eine orale Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme angestrebt werden.
- PEG-Sonden dürfen nur bei eindeutiger medizinischer Indikation gelegt werden und nicht, um die Versorgung mit Essen bequemer zu machen.
- Bei liegender PEG-Sonde besteht die Gefahr, dass die Betroffenen weniger Zuwendung erhalten, da die Nahrung ja „personalsparend“ über Pumpen appliziert werden kann.
- Die Tatsache, dass eine PEG-Sonde implantiert wurde, bedeutet nicht, dass nicht auch weiterhin Ess- und Schluckversuche unternommen werden müssen. Selbst wenn keine Besserung der Schluckstörung eintritt, so kann es für den Patienten ein Genuss sein, wenn ihm Lieblingsessen in Mini-Portionen angereicht wird.

Typische Indikationen:

- Passagere Schluckstörungen
- Nicht ursächlich behandelbare organische Schluckstörungen
- Lebensbedrohende Nahrungsverweigerung bei psychischer Krankheit
- Schwerste cerebrale Schädigungen

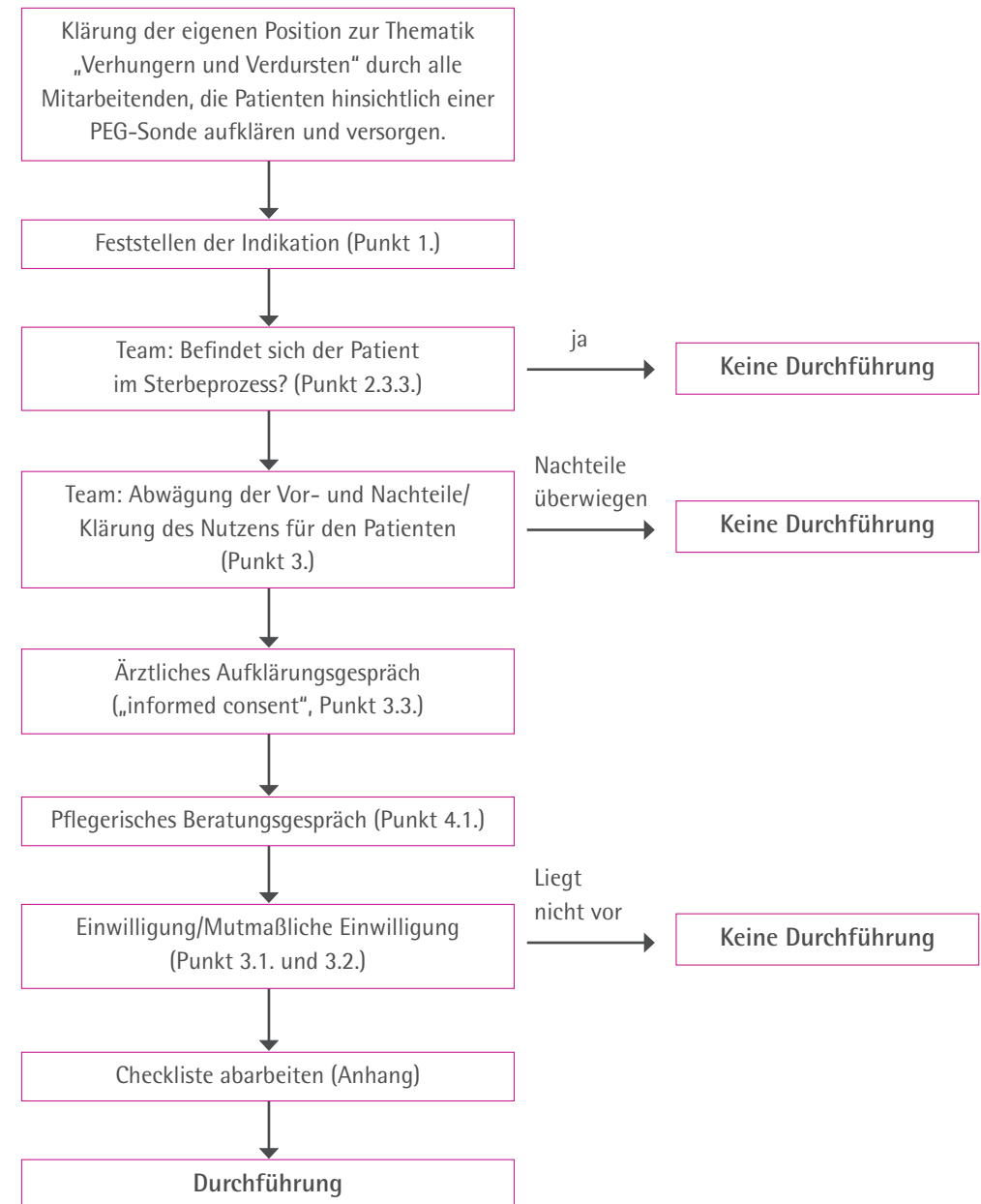
Abwägung

- Die Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde wird im behandelnden Team besprochen.
- Bei Nahrungsverweigerung sind die Ursachen abzuklären.
- Gerade bei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Patienten sollte eine PEG-Sonde die ultima ratio sein.
- Bei Patienten mit schwersten Hirnschäden und insbesondere bei ausgeprägter Demenz ist sorgfältig zu prüfen und abzuwägen, ob es sich in dem betreffenden Fall nicht um „Sterben in weiterem Sinne“ handelt und damit keine Indikation für eine PEG-Sonde vorliegt.
- Bei sterbenden Menschen ist nur in begründeten Ausnahmefällen die Indikation zur PEG-Sonde gegeben.
- Das Fixieren und Sedieren der Patienten ist möglichst zu vermeiden. Müssen solche Zwangsmaßnahmen häufig oder dauerhaft angewendet werden, um das Entfernen der PEG-Sonde zu verhindern, ist die Indikation zu überdenken.
- Bei Tumorpatienten, die sich noch nicht in der Endphase ihrer Erkrankung befinden, aber aufgrund von Radiatio oder Chemotherapie nicht adäquat Nahrung aufnehmen können, ist frühzeitig eine PEG-Sonde in Betracht zu ziehen.

Aufklärung und Ablauf

- Die Aufklärung hat frühzeitig und umfassend zu erfolgen („informed consent“). Im pflegerischen Beratungsgespräch sind die „Ergänzenden Informationen“ die Grundlage.
- Mit der PEG-Sonden-Checkliste ist zu überprüfen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind.

5.1. Ablaufschema zur Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde



6. Literaturangaben

(Literatur beim Ethikkomitee KH/Fr. Dr. Brombacher erhältlich)

- Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt, 108 (2011): A346-348.
- Thieswald, S.: Zwangsernährung: Macht es Sinn, Patienten mit einer Demenz im Endstadium per PEG zu ernähren? Die Schwester/Der Pfleger, 12 (2002): 1051-1054.
- Weber M et al.: Ethische Entscheidungen am Lebensende: Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001): B2697-2701.
- Eibach, U./Zwirner, K.: Künstliche Ernährung durch PEG-Sonden – eine ethische Orientierung: Die Menschenwürde achten. Pflegezeitschrift, 9 (2002): 669-673.
- Löser, C./Müller, M.J.: Ethische Richtlinien zur Anlage einer perkutan endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde). Z Gastroenterol, 36 (1998): 475-478.
- Schell, W.: Ein Abbruch der künstlichen Ernährung kann vormundschaftlich nur dann genehmigt werden, wenn der Wille des Betroffenen eindeutig feststellbar ist. Intensiv, 10 (2002): 289-290.
- Hubert-Fehler, A./Hollmann, A.: Eine Entscheidung mit rechtlichen Konsequenzen: Ernährung durch eine Magensonde (PEG). Deutsches Ärzteblatt 95 (1998): C-603-605.
- Bauer, A.W.: Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: Ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin. Jour Anästh Intensiv 7 (2000), H.1: 9-12.
- Palliativstation Mutterhaus der Borromäerinnen Trier: PEG-Sonde als Ablaufsonde
- Gillick, M.R.: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM 342 (2000): 206-209.
- Finucane, T.E. et al: Tube feeding in patients with advanced dementia, a review of the evidence. JAMA, 282 (1999): 1365-1370.

- Finucane, T.E./Bynum J.O.: Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. Lancet 348 (1996): 1421-1424.
- Brett, A.S./Rosenberg, J.C.: The adequacy of informed consent for placement of gastrostomy tubes. Arch Intern Med, 161 (2000): 745-748.
- Hodges, M.O./Tolle, S.W.: Tube-feeding decisions in the elderly. Clin Geriatr Med 10 (1994): 475-488.
- Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts („Patientenverfügungsgesetz“), 2009
- S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM): Klinische Ernährung in der Geriatrie, 2013
- Gesetz zur Geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB), 2015

Schwerpunkt Palliativmedizin

- Christophorus Hospiz Verein München: PEG-Information für Patienten (1997)
- Klie, T., Student, J.C.: Die Patientenverfügung. Herder, 4. Auflage (2001): 46-51.
- Oelz, O.: Gilt die Pflicht, zu ernähren, bis zum Tode? Sicht und Konflikt der behandelnden Ärzte. Schweiz Rundschau Med (Praxis) 82 (1993): 1044-1046.
- Vogel, B.: Ohne Schläuche sterben. Krankenpflege 3 (1990): 18-22.
- McCann; R.M. et al: A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 272 (1994): 1263-1266.
- Billings JA. Comfort measures for the terminally ill: is dehydration painful? J Am Geriatr Soc 1985; 33:808-810.
- Sullivan RJ.: Accepting death without artificial nutrition and hydration. J Gen Intern Med 1993; 8:220-224.

7. Inkrafttreten

Die Grundsätze zu künstlicher Ernährung im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize der Stiftung kreuznacher diakonie wurden in der Sitzung des Vorstandes am 22. Februar 2018 genehmigt. Sie treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Bad Kreuznach, den 22. Februar 2018

Stiftung kreuznacher diakonie
Der Vorstand



Dr. Frank Rippel



Pfr. Christian Schucht

» **Wir unternehmen
Diakonie.**

Aus dem Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie

