

**Diplomarbeit**

**Künstliche Ernährung als unzulässiges Quälen eines  
sterbenden dementen Menschen**

eingereicht von

**Isabella Monika Hierzerbauer**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde**

**(Dr.med.univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Graz**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof.i.R. Dr.med.univ. Wolfgang Kröll**

*Graz am 02.04.2021*

*Eidesstattliche Erklärung*

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

*Graz, am 02.04.2021*

*Isabella Monika Hierzerbauer eh.*

## Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich zuerst bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ.-Prof.i.R. Dr.med.univ. Wolfgang Kröll bedanken, welcher mich während dem Verfassen dieser Diplomarbeit unterstützte und mir stets zeigte, worauf man beim Verfassen einer Diplomarbeit achten sollte. Außerdem vermittelte er mir selbst in der außergewöhnlichen „Corona-Zeit“ das Gefühl, mit dieser herausfordernden Aufgabe nicht alleine gelassen zu sein, da jederzeit schriftlicher, als auch telefonischer Kontakt zu ihm möglich war. Zudem sprach er mir immer wieder Mut zu und motivierte mich, die Diplomarbeit fertig zu stellen.

Ein ganz besonderes Dankeschön gilt meinen Eltern, Monika und Ernst, die während meiner gesamten Studienzeit keine Sekunde lang an mir zweifelten und mir immer vermittelten, dass man alles schaffen kann, wenn man es auch wirklich möchte. Sie unterstützten mich in dieser Zeit tatkräftig und fieberten bei all meinen Prüfungen, die ich ablegte, mit.

Des Weiteren gilt mein besonderer Dank meinen beiden großen Schwestern Sandra, deren Daumen bei jeder Prüfung fest gedrückt wurden und Bettina, die für mich immer eine große Vorbildfunktion innehatte und noch immer hat. Auch sie absolvierte ein herausforderndes Studium und stand in diesem Sinne stets mit Rat und Tat zur Seite. Ohne sie hätte ich mir vielleicht so manche Hürde nicht zugetraut.

Außerdem möchte ich meiner übrigen Familie danken, allen voran meinen Großeltern, die stets neugierig waren, was ich denn so alles während dem Studium zu lernen hatte.

Vor allem meinem Großvater, der meinen Abschluss leider nicht mehr miterleben konnte, möchte ich noch einmal danken. Genau dieses Schicksal, welches in meiner Diplomarbeit thematisiert wird, musste er am eigenen Leibe erfahren. Aus diesem Grund lernte ich sowohl die medizinische Sicht als auch die Sicht der Angehörigen kennen.

Ein weiterer herzlicher Dank gilt zudem meinem Lebenspartner Robin, der mich während der stressigen Zeiten im Studium jederzeit unterstützte. Als Student selbst, stand er mir mit viel Verständnis in allen Situationen zur Seite und hatte stets ein offenes Ohr für meine Anliegen und Sorgen. Außerdem verstand er es

am besten mich zu beruhigen und er konnte mich des Öfteren wieder auf den Boden der Tatsachen zurückholen.

Zu guter Letzt möchte ich mich noch bei meinen Studienkollegen und Freunden bedanken, die auch in herausfordernden Zeiten hinter mir standen und mich niemals mit meinen Sorgen und Problemen alleine ließen.

Danke!

*Ernst Hierzerbauer sen.  
18. Dezember 1938 – 20. Dezember 2020*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>6</b>
<b>2. ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>3. EINLEITUNG .....</b>	<b>8</b>
<b>4. DER SACHVERHALT .....</b>	<b>9</b>
<b>5. DEMENZ – EINE GERONTOPSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG.....</b>	<b>11</b>
<b>6. WICHTIGE FORMEN DER DEMENZ.....</b>	<b>14</b>
<b>I. ALZHEIMERKRANKHEIT .....</b>	<b>14</b>
<b>II. VASKULÄRE DEMENZ .....</b>	<b>16</b>
<b>III. FRONTOTEMPORALE DEMENZ.....</b>	<b>17</b>
<b>IV. LEWY-KÖRPERCHEN DEMENZ .....</b>	<b>18</b>
<b>7. ERNÄHRUNG BEI DEMENZERKRANKUNGEN .....</b>	<b>20</b>
<b>8. INDIKATIONEN ZUR KÜNSTLICHEN ERNÄHRUNG .....</b>	<b>22</b>
<b>9. NUTZEN UND RISIKEN DER PEG-ERNÄHRUNG .....</b>	<b>24</b>
<b>10. NORMATIVE GRUNDSÄTZE ÄRZTLICHEN HANDELNS.....</b>	<b>26</b>
<b>11. DIE HAUPTPFLICHTEN AUS DEM BEHANDLUNGSVERTRAG .....</b>	<b>27</b>
<b>12. DAS NEUE ERWACHSENENSCHUTZGESETZ .....</b>	<b>28</b>
<b>13. DER FALL: HAFTUNG WEGEN LEBENSERHALTUNG DURCH KÜNSTLICHE ERNÄHRUNG .....</b>	<b>33</b>
<b>14. FAZIT UND EIGENE MEINUNG .....</b>	<b>38</b>
<b>15. LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>43</b>

# 1. Zusammenfassung

Da durch die medizinische Revolution unsere Gesellschaft ein immer höher werdendes Alter erreicht, wird ebenso ein Auftreten von Erkrankungen des dementiellen Formenkreises immer häufiger vermerkt.

Im weiter fortgeschrittenen Stadium der Demenz haben Betroffene häufig Probleme mit der Zufuhr von Nahrung oder lehnen diese vollkommen ab.

Die daraus resultierende Mangelernährung stellt demnach eine große Herausforderung für die Versorgung dieser Patienten und Patientinnen dar und belastet nicht nur Ärzte und Ärztinnen, sondern auch das Pflegepersonal und die Angehörigen zunehmend.

Durch angepasste und je nach Indikation ausgewählte Ernährungsmaßnahmen, kann ein weiterer kognitiver Abbau verhindert werden und somit die Lebensqualität des Patienten/der Patientin noch für eine Zeit lang besser aufrechterhalten werden.

Ein Arzt/eine Ärztin muss jedoch abwägen können, ab wann eine Ernährung im Sinne einer künstlichen Zufuhr nicht mehr indiziert ist und die Prognose des Patienten/der Patientin in keinem Fall mehr verbessert werden kann.

Ist eine dementsprechende Indikation nicht mehr vorliegend, würde somit nur mehr der Tod des Patienten/der Patientin dadurch hinausgezögert werden?

Diese Frage beschäftigt vor allem einen Arzt, der womöglich zu Unrecht zu Schmerzensgeldzahlungen verurteilt wurde, weil dieser einen dementen alten Patienten laut Angaben dessen Sohns zu lange leben hat lassen.

Genau diese Situation ist, seitdem die Anlage einer künstlichen Ernährungssonde immer öfters durchgeführt wird, keine Seltenheit mehr und jeder Arzt/jede Ärztin sollte sich deswegen vermehrt mit diesem Thema auseinandersetzen.

Trotz dem neuen Erwachsenenschutzgesetz, welches vor allem auf die Selbstbestimmung eines jeden Menschen plädiert, werfen derartige Gegebenheiten immer noch Fragen auf. Fragen, welche nur schwierig zu beantworten sind, da noch immer nicht ganz klar ist, wann, wie lange und vor allem in welchem Zustand eine künstliche Ernährung, sei es auf enteralen oder parenteralen Weg, noch gerechtfertigt ist.

## 2. Abstract

Due to the medical revolution our society reaches an ever-increasing age.

Therefore, the occurrence of dementia-related illnesses is also becoming more and more frequent.

In an advanced stage of dementia, those affected often have problems with the intake of food or they refuse it completely.

The resulting malnutrition is also a great challenge for the care of these patients and places an increasing burden not only on doctors, but also on nursing staff and relatives.

Adapted nutritional measures, selected according to the indication, can prevent further cognitive decline and as a result it can better maintain the patient's quality of life for some time.

However, a doctor must be able to decide when artificial feeding is no longer indicated and the patient's prognosis can no longer be improved in any case.

So, if a corresponding indication is no longer present, would this only delay the death of the patient?

This question also concerned a doctor, who may have been wrongly sentenced to pay compensation for pain and suffering because, according to the son of the patient who was suffering from dementia, he allowed him to live too long.

Since the use of artificial feeding has become more and more common, this situation is no longer a rarity and every doctor should therefore increasingly deal with this issue.

Despite the new adult protection law, which provides the self-determination of each person, circumstances like that still raise questions. Questions, which are difficult to answer because it is still not entirely clear for how long and, above all, in what condition artificial nutrition, whether by enteral or parenteral route, is still justified.

### 3. Einleitung

Entscheidungen am Lebensende stellen die Verantwortlichen immer vor eine schwierige Situation. Dies insofern, als die getroffene Entscheidung im Endeffekt zum Tod des Patienten/der Patientin führt. Und davor haben viele Ärzte/Ärztinnen Angst. Angst nämlich, dass sie, wahrscheinlich zu einem späteren Zeitpunkt, in die Mühlen des Rechts geraten. Diese Angst führt dann dazu, dass man lieber darauf verzichtet, eine solche Entscheidung zu treffen und den Patienten/die Patientin dann einfach im Sinne einer Übertherapie weiterbehandelt. So lange weiterbehandelt, bis er/sie schließlich in einen Zustand gelangt, in dem für jeden, das betreuende Team, aber auch die Angehörigen, ersichtlich ist, dass jede weitere Behandlungsmaßnahme keinen Sinn mehr macht und man schließlich auch keine weiteren Maßnahmen beenden muss, weil der Tod bereits ansteht. Aber möchten wir tatsächlich so sterben? Oder: Haben wir als Ärzte und Ärztinnen so wenig Mut, dass wir uns auf ein derartiges Vorgehen einlassen müssen? Nun, die Zukunft wird es zeigen. Aber es ist gar erforderlich darauf zu warten, denn die rechtlichen und die ethischen Vorgaben erlauben es uns auch heute schon, Behandlungsmaßnahmen dann zu beenden, wenn es dem Willen eines Patienten/einer Patientin widerspricht oder aber, wenn eine Indikation für die Durchführung dieser Behandlungen nicht mehr gegeben ist.

Schleichende Erkrankungen stellen die Ausgangssituation dar, in der derartige Entscheidungen nicht nur gefragt sind, sondern in der solche Entscheidungen auch umgesetzt werden müssen. Ein solcher Krankheitszustand könnte eine Erkrankung des dementiellen Formenkreises sein.

Es ist durchaus möglich, dass der Krankheitsverlauf von Demenzen recht langwierig sein kann, aber irgendwann im Laufe der Erkrankung kommt man in einen Zustand, in dem es kein Licht mehr am Ende des Tunnels gibt. Und dann muss man sich die Frage stellen, insbesondere, wenn es um die Ernährung durch eine PEG-Sonde geht, ob man diese noch weiterführen sollte, oder ob man diese beenden sollte. Gerade dann, wenn Angehörige auf die Idee kommen, dass eine Sondenernährung eingestellt werden sollte, muss man sich wohl auch die Frage stellen: Welche Motive stehen da denn dahinter? Und es gilt aus ärztlicher Sicht

zu hinterfragen: Gibt es denn noch eine Indikation der Weiterführung der Behandlung?

Ein rezentes Urteil des OLG München ist der Anlass, sich mit dieser Frage in der vorliegenden Diplomarbeit auseinanderzusetzen. Dies insofern, als immerhin ein Arzt vor Gericht steht und jeden von uns eine solche Situation auch treffen könnte. Daraus leitet sich auch dann die Überlegung ab zu hinterfragen, ob eine Durchführung und falls ja, wie lange die Durchführung einer Behandlungsmaßnahme gerechtfertigt ist. Weiters bedarf es einer Aufklärung: Wer darf, wer muss und auf wessen Anordnung sollte die künstliche Ernährung beendet werden?

## 4. Der Sachverhalt

Der Fall des Patienten Herrn Heinrich S. wurde mehrmals vom OLG München behandelt und zog sich durch widersprüchliche Meinungen von Beteiligten über mehrere Jahre hinweg.<sup>1</sup>

Der Patient litt schon seit 1997 an der Alzheimer Erkrankung, welche eine der häufigsten Krankheiten des dementiellen Formenkreises entspricht. Durch dieses Leiden, welches sich Jahr für Jahr schlimmer auf den Zustand des Patienten auswirkte, kam es bei Herrn Heinrich S. sowohl zu zahlreichen Kontrakturen, welche es ihm unmöglich machten sich fortzubewegen, als auch zu Einschränkungen in Bezug auf die Kommunikation, welche bereits acht Jahre vor seinem Tod zur Gänze nicht mehr möglich war.<sup>2</sup>

Neben diesen massiven Behinderungen, welche die Alzheimererkrankung mit sich brachte, kam es beim Patienten immer wieder zu Fieber, Atembeschwerden, Dekubitus und Pneumonien. Wenn man bedenkt, in welchem desolaten Zustand der Patient war, war es zudem nicht verwunderlich, dass auch die Nahrungsaufnahme nicht richtig funktionierte. Aus diesem Grund diagnostizierte der Arzt von Herrn Heinrich S. des Öfteren eine Mangelernährung und massive Austrocknungszustände.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Maximilian Amos, OLG München verurteilt Arzt zu Schadensersatz: Leben als Schaden. In: Legal Tribune Online, 21.12.2017, [https://www.lto.de/persistent/a\\_id/26163/](https://www.lto.de/persistent/a_id/26163/) (abgerufen am: 02.02.2021).

<sup>2</sup> Bruns, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 173.

<sup>3</sup> Bruns, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 173 f.

Aufgrund der daraus resultierenden erhöhten Pflegebedürftigkeit des Patienten, wurde dieser schließlich im Jahr 2006 im Pflegeheim aufgenommen und fortan weiter betreut. Noch im selben Jahr ging es darum, Herrn Heinrich S. eine PEG-Sonde zu legen, da sich sein Zustand durch die fehlende Ernährung nur noch weiter verschlechtert hatte. Herr Heinrich S., der nun in keinem entscheidungsfähigen Zustand mehr verweilte, hat zuvor weder eine Patientenverfügung angelegt, noch hat er sich ausdrücklich gegen eine PEG-Sonde entschieden. Trotz allem stand fest, dass der mutmaßliche Wille des Patienten in diesem Fall nicht mehr ermittelt werden konnte.<sup>4</sup>

Ein Argument, welches für die Anlage der PEG-Sonde sprach war, dass dadurch die zuvor öfters aufgetretenen Aspirationspneumonien verhindert werden könnten. Jedoch wurde dieses Argument entkräftet, als schließlich 2011 kurz vorm Tod des Patienten, trotz der Sonde, gerade diese Art der Pneumonie festgestellt wurde. Neben der Cholezystitis, welche sich 2008 ereignete, war die Aspirationspneumonie eine der Gründe, welche den Zustand des Patienten soweit verschlechterte, sodass dieser am 19.11.2011 im Krankenhaus, bei nicht Ansprechen der Antibiose schlussendlich verstarb.<sup>5</sup>

Nun stellte sich die Frage, ob dieser Leidensweg, ohne die Sonde verkürzt werden hätte können.

Der Sohn des Herrn Heinrich S. war davon überzeugt, dass das Leben des Vaters, seit Anlegen der PEG-Sonde, aber auch schon zuvor, nicht mehr lebenswert war. Vor allem die letzten qualvollen Jahre hätte man seinem Vater, ohne die Anlage der Ernährungssonde, sparen können.<sup>6</sup>

Trotz allem blieb umstritten, ob diese Ernährungssonde, welche im Jahr 2006 angelegt wurde, noch indiziert war oder ob diese das Leben, sei es nun lebenswert oder nicht nur unnötig verlängerte.

Um den Sachverhalt und die schlussendlichen Entscheidungen in Bezug auf den Fall des Herrn Heinrich S. besser verstehen zu können, ist es zunächst aber von großer Bedeutung, sich mit dem dementiellen Formenkreis und insbesondere den

---

<sup>4</sup> Bruns, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 174.

<sup>5</sup> Bruns, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 174.

<sup>6</sup> Maximilian Amos, OLG München verurteilt Arzt zu Schadensersatz: Leben als Schaden . In: *Legal Tribune Online*, 21.12.2017, [https://www.lto.de/persistent/a\\_id/26163/](https://www.lto.de/persistent/a_id/26163/) (abgerufen am: 02.02.2021).

unterschiedlichen Typen dieser Erkrankung im Folgenden genauer auseinanderzusetzen.

## **5. Demenz – eine gerontopsychiatrische Erkrankung**

Demenz, ein Krankheitsbild, welches weltweit häufig verbreitet ist und vor allem im fortgeschrittenen Alter viele Menschen betrifft. Oftmals wird mit dem Begriff Demenz, die Alzheimerdemenz in Verbindung gebracht, jedoch gibt es einige andere Formen, die sich sowohl in ihrer Symptomatik als auch in ihrem Verlauf und der Behandlung deutlich voneinander unterscheiden.

Jede Form der Demenz hat jedoch gemein, dass es innerhalb eines gewissen Zeitraums, sei es innerhalb von sechs Monaten oder mehreren Jahren, zu einer Reduktion des Gedächtnisses und der Hirnleistung kommt. Handelt es sich nun aber um leichte kognitive Beeinträchtigungen, welche auch mit dem „normalen“ Altern gleichgesetzt werden können oder sind es doch Symptome, welche mit einem dementiellen Zustandsbild einhergehen können? Dies sollte schon in der frühen Diagnostik erörtert werden, da es ein essentieller Faktor für die weitere Betreuung des Patienten/der Patientin darstellt. Leichte kognitive Störungen können von Bekannten oder Angehörigen bestätigt werden, sind aber noch kein Grund zur Beunruhigung, da dies in Relation zum Alter und zum Bildungsstand des Patienten/der Patientin gesehen werden muss. Solange von den Betroffenen die normalen Alltagsbeschäftigungen und Aufgaben noch erfüllt werden können, handelt es sich um keine besorgniserregenden Entwicklungen der Hirnleistung. Sobald sowohl objektive Beeinträchtigungen der Gedächtnisleistung als auch eine Atrophie hippokampaler Regionen nachgewiesen werden kann, gilt dies als MCI, sprich „Mild Cognitive Impairment“.<sup>7</sup>

Menschen mit dieser Diagnose entwickeln in 80 % der Fälle innerhalb der nächsten sechs Jahre eine Demenz. Dabei kann es sich um die klassische Alzheimerdemenz, die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz, die Demenz mit Lewy-Körperchen, die Parkinson Erkrankung mit Demenz, oder um eine der vielen anderen Demenzformen handeln. Je älter der Mensch wird, desto

---

<sup>7</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 356.

häufiger kommt es auch zur Entwicklung einer Demenz. So kann man davon ausgehen, dass ab einem Alter zwischen 80 und 90 Jahren bereits jeder Dritte betroffen ist. Da sich die Medizin im Laufe der Jahre immer weiterentwickelt hat und viele Dinge erforscht wurden, die man vor mehreren Jahren noch nicht einmal für möglich gehalten hat, hat sich auch die Lebenserwartung des Menschen gesteigert und direkt proportional dazu, kam es zu einer Zunahme der Menschen mit einer Demenzerkrankung. Nicht umsonst wird sie als die „Krankheit des Alters“ umgangssprachlich bezeichnet. Trotzdem spielt nicht nur das Alter eine entscheidende Rolle, sondern auch geschlechterspezifisch kann ein Unterschied vermerkt werden. So haben Frauen eine signifikant höhere Prävalenz und Inzidenz der Alzheimererkrankung als Männer. Wesentlich für die Diagnostik der Demenz ist aber vor allem der Ausschluss einer intrakraniellen oder internistischen Erkrankung sowie einer Depression oder eines akut auftretenden Verwirrheitszustands.<sup>8</sup>

Der erste Schritt in der Diagnostik sollte deswegen die strukturierte und ausführliche Anamnese sein. Wenn möglich, natürlich die Eigenanamnese direkt mit dem Patienten/der Patientin. Falls dies jedoch nicht realisierbar sein sollte, sollte auf jeden Fall ein nahestehender Angehöriger/eine nahestehende Angehörige miteinbezogen und zum Patienten/zur Patientin befragt werden. Dabei ist im Rahmen einer Familienanamnese zu erfragen, ob es im engsten Verwandtenkreis bereits Menschen mit einer Erkrankung des dementiellen Formenkreises gab, da dies ein wichtiger Punkt in der möglichen Diagnosesicherung sein kann. Im Rahmen der Alltagsbewältigung gilt zu erfragen, ob Defizite in den Bereichen Orientierung, Gedächtnis, räumliches Denken und der Sprache aufgefallen sind. Oftmals geben Angehörige an, dass es beim Patienten/bei der Patientin zu einer Wesensveränderung und zu einer Veränderung der Gesamtstimmung kam. Durch eine zusätzliche Medikamentenanamnese sollte eine mögliche Polypharmazie und die damit verbundenen häufigen Medikamentenwechselwirkungen und Nebenwirkungen, welche für eine Verwirrtheit des Patienten/der Patientin sorgen könnten, erfragt werden. Die neuropsychologische Diagnostik beruht vor allem auf Screening Tests, wie der sogenannte Mini Mental Status Test. Dabei sollte der Patient/die

---

<sup>8</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 357 ff.

Patientin einfache Fragen beantworten können.<sup>9</sup>Wichtig dabei ist, dass der Patient/die Patientin vorher darüber aufgeklärt werden sollte, da die Fragen teilweise sehr einfach sind und für Menschen, welche keine kognitiven Beeinträchtigungen aufweisen als lächerlich angenommen werden könnten. Jedoch dient dies rein zur Überprüfung einer möglichen Beeinträchtigung der Hirnleistung und sollte keinesfalls persönlich genommen werden. Eine strukturelle zerebrale Bildgebung dient zum Ausschluss der möglichen Differentialdiagnosen und sollte unbedingt bei fraglichen Symptomen und einem geringen Punktwert im Mini Mental Status Test angewendet werden. Dabei haben sich sowohl die quantitativen MRT-Verfahren, als auch ein Cranio-CT ohne Kontrastmittel bewährt. Um beispielsweise Demenzerkrankungen in Zusammenhang mit Pathologien in der Substantia nigra ausschließen zu können, hat sich ein Dopamin-Transporter-Spect also der sogenannte Dat-Scan als qualifiziert erwiesen. Eine besondere Indikation dafür besteht in der Feststellung einer Lewy-Körperchen Demenz. Im EEG lassen sich außerdem häufig bei einer Alzheimerdemenz und Lewy-Körperchen Demenz eine diffuse Verlangsamung des Grundrhythmus feststellen. Bei einer frontotemporalen Demenz stellt sich das EEG jedoch weitgehend unauffällig dar. Eine Analyse des Liquors bei einer professionell durchgeführten Liquorpunktion, sollte zu aller erst entzündliche, onkologische und demyelinisierende Erkrankungen ausschließen. Außerdem hat sich beim Nachweis einer Demenzerkrankung die Bestimmung von Amyloid-Peptiden erwiesen. Vor allem die Bestimmung des hyperphosphoryliertem Tau Proteins hat die Spezifität und Sensitivität der Diagnose Alzheimerkrankheit signifikant erhöht. Zusätzlich sollte eine ausführliche genetische Diagnostik nur bei einem gegenwärtigen Verdacht auf eine erbliche Erkrankung erfolgen. Differentialdiagnostisch muss bei dementsprechender Symptomatik auch an ein Delir, welches als organisches Psychosyndrom bezeichnet wird, gedacht werden. Dabei kommt es sehr häufig zu vorübergehenden Bewusstseinsstörungen in Kombination mit einem akuten Verwirrtheitszustand und mit Störungen in der Psychomotorik. Zu unterscheiden ist ein delirantes Zustandsbild von einem

---

<sup>9</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 359 ff.

dementiellen, in dem eine eindeutige Ursache für die Entstehung des Delirs verantwortlich gemacht werden kann.<sup>10</sup>

Wie bereits zuvor erwähnt, erreichen immer mehr Menschen auf dieser Welt ein deutlich höheres Lebensalter als noch vor einigen Jahren. Eine Tatsache, welche auch die Häufigkeit der an Demenz erkrankten Personen immer mehr in die Höhe treibt. Aus diesem Grund beschäftigt man sich zusehends mit den Möglichkeiten, welche präventiv angewandt werden können, um nicht früher oder später an den Folgen einer Demenz zu sterben. Leider gibt es derzeit jedoch nur wenige Forschungs- und Studienergebnisse welche eindeutig als effektive und geeignete Maßnahme zur Demenzprävention herangezogen werden können. Die körperliche sowie psychische Gesundheit spielen dabei eine sehr große Rolle und sind eng miteinander verflochten. Meist wird die Vermeidung von Risikofaktoren, welche auch für die Entstehung eines Schlaganfalls verantwortlich gemacht werden kann, als sinnvolle Maßnahme zur Prävention, eingesetzt. Vor allem der Bluthochdruck, die Zuckerkrankheit, erhöhte LDL-Cholesterinwerte und Nikotinkonsum sind zu vermeidende Faktoren. Hingegen können körperliche Aktivitäten, sowie Denksport im Sinne von Brettspielen, oder das Erlernen und Spielen eines Musikinstruments das Risiko der Entstehung einer Demenz deutlich mindern. Außerdem wurde der Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten ein hoher Stellenwert eingeräumt. Infolgedessen gilt es die soziale Isolation, welche häufig bei älteren Menschen beobachtet werden kann, zu verhindern und die Aufrechterhaltung der Kontakte auch im hohen Alter zu pflegen.<sup>11</sup>

## **6. Wichtige Formen der Demenz**

### **i. Alzheimerkrankheit**

Alzheimer – ein Begriff, welcher sehr gerne mit der Krankheit Demenz in Verbindung gebracht wird. Eine Erkrankung, welche langsam aber bestimmt das eigene Wesen auslöscht. Trotzdem ist umstritten, ob sich das Leben, sei es nur mehr in der Gegenwart – da sich Betroffene an eine Vergangenheit nicht mehr

---

<sup>10</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 361-363 ff.

<sup>11</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 364 f.

erinnern können – nicht doch noch als lebenswert gestaltet. Maßgeblich für das Vorhandensein einer Alzheimerdemenz ist der schrittweise aufkommende Verlust des Gedächtnisses und der kognitiven Fähigkeiten. Diese Symptome werden überdies von Persönlichkeitsveränderungen bis hin zum dysphorisch, ängstlich, depressiven und apathischen Kranken begleitet. Vielmals wird auch ein Rückzug aus sozialen Aktivitäten und eine Interessenslosigkeit beobachtet. Erkrankte reagieren oft gereizt und beschreiben Halluzinationen, delirante Zustände und Wahnsymptome. Im Endstadium ist ein totaler Sprachzerfall bis hin zur apathischen Demenz mit Bettlägerigkeit keine Seltenheit.<sup>12</sup>

Die Progressionsrate kann sich individuell als sehr unterschiedlich gestalten. Die Dauer schwankt zwischen fünf bis 20 Jahre, endet jedoch immer mit dem Tod. Während dieser Zeitspanne kann sich die Alzheimerdemenz von einer leichten über mittleren bis hin zu einer schweren Beeinträchtigung entwickeln. Schwere Beeinträchtigungen sind so drastisch ausgeprägt, dass eine kontinuierliche Aufsicht benötigt wird und eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist.<sup>13</sup>

Es kursieren sehr viele Erklärungen für die Entstehung einer Alzheimerkrankheit in der medizinischen Gesellschaft umher. Wesentlich dafür werden aber oftmals neuropathologische Veränderungen genannt. Einerseits existieren die sogenannten Amyloid Plaques, bei denen es sich um Eiweißablagerungen im Gehirn handelt und die zu einer Störung der Durchblutung im Gehirn führen können, da sie sich in den Blutgefäßen ablagern. Andererseits gibt es die vermeintlichen Neurofibrillen, welche aus dem Tau-Protein bestehen und ungewöhnlich stark phosphoryliert werden. Dadurch kommt es zu einem Absterben der Nervenzellen und zu Störungen von unterschiedlichen Transportvorgängen im Gehirn.<sup>14</sup>

Entgegen all dieser Erklärungen, bleibt die genaue Ursache der Erkrankung generell unbekannt. Gehäuft werden genetische, infektiöse und toxische Gründe diskutiert.

---

<sup>12</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 365.

<sup>13</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 367.

<sup>14</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 368.

Eine genetische Prädisposition ist aber in den meisten Fällen trotzdem nicht für den Ausbruch verantwortlich. Risikofaktoren, welche vor allem das hohe Lebensalter, Schädel-Hirn Traumata, Hypertonie, Schilddrüsenerkrankungen und Depressionen umfassen, erklären mehrfach das Auftreten der Alzheimerdemenz.<sup>15</sup>

Genauso wie die Ursachen der Erkrankung noch unbekannt sind, ist auch die Therapie der Alzheimerkrankheit umstritten. Fest steht, dass eine Heilung gegenwärtig noch nicht möglich ist, eine Verlangsamung und eine temporäre Stabilisierung der kognitiven und funktionellen Defizite bereits durch unterschiedliche pharmakologische Therapien erreicht werden konnte. Im Vordergrund der Therapie stehen somit die Besserung der Kognition, der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens und des klinischen Gesamteindrucks. Dafür werden Acetylcholinesteraseinhibitoren und Memantin wirkungsvoll eingesetzt. Begleitende psychische Symptome, wie Depressionen, Unruhe, Wahn- und Angstzustände, Aggressionen und Schlafstörungen können mit der Anwendung von Psychopharmaka ohne anticholinerge Wirkung behandelt werden. Da sich jedoch die Mortalitätsrate bei der Gabe von Antipsychotika erhöht, wird darauf hingewiesen, dass eine regelmäßige Evaluierung der medikamentösen Therapie unbedingt indiziert ist.<sup>16</sup>

## ii. Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz unterscheidet sich hinsichtlich der Symptomatik von der Alzheimerdemenz vor allem dadurch, dass die kognitiven Defizite meist zeitgleich zu einem Hirninfarkt bzw. zu zerebralen Durchblutungsstörungen auftreten. Sie verläuft zumeist schubhaft und wird als sogenannte Multiinfarktdemenz beschrieben. Typisch bei dieser Form der Erkrankung sind die kognitiven Beeinträchtigungen mit plötzlichem Beginn und die schrittweisen Verschlechterungen dieser. Die Persönlichkeit ist im Gegensatz zur Alzheimerdemenz meistens bis zum Ende hin erhalten. Eine zunehmende Reizbarkeit, oder Halluzinationen mit paranoider Haltung können bei Betroffenen

---

<sup>15</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 369 f.

<sup>16</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 371.

jedoch beobachtet werden. Tritt die Demenz direkt nach einem Schlaganfall auf, so entwickeln sich die Symptome wie Aphasie, Apraxie und Agnosie meist plötzlich. Ungleich dazu zeigt sich eine Multiinfarktdemenz mit kleineren Infarkten oftmals mit einem langsameren Verlauf und Verhaltensauffälligkeiten, wie der Verlust der Spontanität und der psychomotorischen Verlangsamung.

Die größte Rolle für die Entstehung einer vaskulären Demenz spielt der Risikofaktor Blutdruck. So kann eine konsequente Blutdruckeinstellung von 140/90 das Risiko einer Entstehung einer vaskulären Demenz deutlich verringern. Andere zerebrovaskuläre und kardiovaskuläre Risikofaktoren wie, Diabetes mellitus, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz und koronare Herzkrankheit dürfen indes auch nicht vernachlässigt werden und bedürfen, falls vorhanden, einer adäquaten Therapie sowie zuvor schon einer möglichen Prävention.

Zu den häufigsten Ursachen, welche zur Entstehung einer vaskulären Demenz beitragen, zählen vor allem Verschlüsse der kleinen Gefäße im Gehirn. Daneben können Verschlüsse von großen Gefäßen im Gehirn ebenfalls zu dieser Demenzform führen, sind aber deutlich seltener.

Weiteres sind für die Entstehung einer vaskulären Demenz jene Vorgänge von Bedeutung, welche bei neurodegenerativen Prozessen eine Rolle spielen.

Insbesondere die Freisetzung von Glutamat, die Aktivierung der Gliazellen und die Bildung von freien Radikalen sind zu nennen.

Im Vordergrund der Behandlung einer vaskulären Demenz sollte somit die Behandlung der vaskulären Grundkrankheit und der Risikofaktoren stehen.

Daneben sollte eine psychiatrische und internistische Begleittherapie sowie eine medikamentöse off-label Behandlung mit Memantin, Donepezil, Galantamin oder Rivastigmin erfolgen. Maßnahmen zur Neurorehabilitation können zumindest ein weiteres Fortschreiten oder eine Verschlechterung des Zustands des Patienten/der Patientin geringfügig hinauszögern. <sup>17</sup>

### iii. Frontotemporale Demenz

Kennzeichnend für die frontotemporale Demenz ist nicht der fortschreitende Gedächtnisverlust, sondern viel mehr die Veränderung der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und der Emotionen. Wie der Name schon verrät, sind hier vor

---

<sup>17</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 374-377.

allem der Frontallappen und Temporallappen des Gehirns betroffen. Sogenannte „Pick-Zellen“, welche auch als angeschwollene Neurone beschrieben werden können, erklären das Synonym „Morbus Pick“. Defizite im zwischenmenschlichen Sozialkontakt sowie Verhaltensauffälligkeiten, leichte Ablenkbarkeit und fehlende Ausdauer sind keine Seltenheit. Eine Wortkargheit oder aber Logorrhoe können gleichermaßen häufig auftreten. Ähnlich einer Parkinsonerkrankung treten Rigor, Tremor und Akinesie bei dieser Form der neurodegenerativen Erkrankung, relativ zeitig auf.

Differentialdiagnostisch zur Alzheimerdemenz ist zu betonen, dass die Erkrankung eher im jüngeren Alter auftritt. Je früher ein Mensch Anzeichen für das Vorhandensein dieser Krankheit zeigt, desto höher ist das Risiko für das tatsächliche Vorliegen einer frontotemporalen Demenz.

Die Therapie und Versorgung der Betroffenen ist im Vergleich zur Alzheimerdemenz noch schwieriger. Jene Medikamente, die bei einer Alzheimerdemenz zu einer Besserung der Symptomatik führen, haben bei der frontotemporalen Demenz keinen positiven Nutzen. Einzig die Einnahme von Antidepressiva kann vor allem das Auftreten von Aggressivität und die Unberechenbarkeit dieser Patienten/dieser Patientinnen mildern.<sup>18</sup>

#### iv. Lewy-Körperchen Demenz

Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen kommt es zu einer erhöhten Anzahl dieser, im Neurocortex, Gyrus cinguli, der Amygdala, dem transitorischen Kortex, dem Nucleus basalis Meynert, in den aminergen Kernen des Hirnstamms und im Nucleus dorsalis nervi vagi.

Der Prozess ist meist langsam und schleichend voranschreitend und besonders von einem episodenhaften Verlauf gekennzeichnet. Daher ist es typisch, dass sowohl von Tag zu Tag als auch von Tageszeit zu Tageszeit unterschiedliche Zustände des Patienten/der Patientin auftreten können und sich die Aufmerksamkeit und Vigilanz eines Patienten/einer Patientin mit Lewy-Körperchen Demenz sehr schnell verändern kann. Meist befinden sich Patienten/Patientinnen in einem Delir-ähnlichen Zustand, welcher sie zunehmend verwirrter, als jene Patienten/Patientinnen mit Alzheimer Erkrankung erscheinen lässt. Betroffene

---

<sup>18</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 377-379.

beschreiben außerdem Halluzinationen oder sonstige Veränderungen ihrer räumlichen Umgebung.

Das Auftreten von parkinsonoiden Symptomen, wie zum Beispiel Stand- und Gangstörungen, Nackenrigor und ein deutlich ausgeprägter Antecollis beschreiben das Bild einer Lewy-Körperchen Demenz ausgesprochen gut. Der starre Gesichtsausdruck und die deutlich ausgeprägte Dysarthrie lassen eine derartige Demenzerkrankung ebenfalls vermuten.

Unbedingt zu berücksichtigen ist, dass es zu einer deutlichen Neuroleptika Sensitivität kommt und aus diesem Grund Betroffene meist schlimmere Verhaltensstörungen aufweisen, wenn Medikamente dieser Gruppen in der Therapie angewandt werden.

Die Therapie der Lewy-Körperchen Demenz gestaltet sich insofern schwierig, als meist eine erfolgreiche Behandlung eines Schlüsselsymptoms, mit der Verschlechterung eines anderen einhergeht. So können die visuellen Halluzinationen gut behandelt werden, während jedoch die Aufmerksamkeit und die Wachheit des Patienten/der Patientin massiv darunter leiden.

Deswegen verwendet man meist eine Monotherapie mit L-Dopa, da es darunter am wenigsten zu psychischen Auffälligkeiten und Nebenwirkungen kommen kann.

Klassische Antipsychotika sind aber in jeglicher Hinsicht absolut kontraindiziert.<sup>19</sup>

Eine umfassende und wirklich zielführende Therapie gibt es weder bei der einen, noch der anderen Form der Demenzerkrankung. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist es aber, dass der Allgemeinzustand der Patienten/der Patientinnen durch andere Umstände nicht noch zunehmend verschlechtert wird.

Neben der pharmakologischen Therapie ist vor allem der richtige Umgang mit Patienten/Patientinnen, die an Demenz leiden sehr wichtig. Dafür sollten insbesondere Angehörige geschult werden und wichtige Tipps bekommen, um die Krankheit besser verarbeiten zu können und um somit eine bessere Stütze für die Betroffenen zu sein. Von großer Bedeutung ist die emotionale Wertschätzung der Erkrankten und dass eine sanfte und langsame Sprache und Ausdrucksweise gewählt werden. Nur so kann eine ruhige und angemessene Umgebung für

---

<sup>19</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 379 f.

Erkrankte geschaffen werden und somit konstruktiv für eine Verbesserung des Allgemeinzustandes gesorgt werden.<sup>20</sup>

Eine an einer Demenz leidende Person sollte so gut und so lange es möglich ist, in ihrem alltäglichen Leben unterstützt werden. Vor allem im Sinne der Ernährung und somit auch Aufrechterhaltung eines gesunden Körpers, dem es weder an Vitaminen noch anderen Nährstoffen und Elektrolyten mangelt, sollten ausreichende Maßnahmen ergriffen werden. Dabei sollte aber nicht darauf vergessen werden, dass Maßnahmen bei unzureichendem Nutzen und nur mehr alleiniger Qualverlängerung unbedingt evaluiert und tunlichst eingestellt werden müssen. Dies obliegt nicht nur allein dem Arzt/der Ärztin, sondern auch den Angehörigen, welche insbesondere in Sachen Ernährung oftmals eine schwierige Entscheidung zu treffen haben.

## 7. Ernährung bei Demenzerkrankungen

Eine ausgewogene Ernährung vor allem bei Menschen mit Demenz, spielt eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Erscheinungen einer Mangelernährung gehen oftmals einher mit einer massiven und raschen Verschlechterung des Allgemeinzustands und somit mit einer schnelleren Progression der Grundkrankheit.<sup>21</sup>

Aus diesem Grund sollten schon früh und insbesondere regelmäßig die Ernährungssituation und der Ernährungszustand des Patienten/der Patientin kontrolliert werden. Neben dem sogenannten Mini Nutritional Assessment, werden der Body Mass Index, der Gewichtsverlust in den letzten Monaten und die Essensmenge individuell berücksichtigt.<sup>22</sup>

Im Anfangsstadium der Erkrankung nehmen Betroffene häufig einen Rückgang des Appetits wahr und verspüren seltener das Gefühl von Hunger. Dies könnte das Resultat einer Schmälerung des Geschmacks und des Geruchs sein. Bei der Gestaltung des Essens ist es somit wichtig, dass Mahlzeiten in einer attraktiven und

---

<sup>20</sup> Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C., Gerontopsychiatrie, in Fleischhacker/Hinterhuber (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012, 373.

<sup>21</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 20.

<sup>22</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 21.

appetitanregenden Form dargestellt werden. Es steht erfahrungsgemäß fest, dass der Geruch, die Form und das Aussehen der Nahrung, die Motivation der Essenzufuhr bei Demenzkranken deutlich steigern können.

Bei fortgeschrittener Erkrankung kommt es zur Beeinträchtigung der Planungs- und Handlungsfähigkeit, was dazu führt, dass die Essenzubereitung und das Einkaufen nicht mehr allein durchgeführt werden können und somit die Nahrungsversorgung dadurch zu kurz kommt.<sup>23</sup>

Aus diesem Grund sollten Angehörige oder auch Einkaufs- und Haushaltshilfen den Betroffenen bei der Besorgung der Lebensmittel unterstützen.

Zusätzlich können spezielle Essenspaten/Essenspatinnen eingestellt werden. Sie sollten den Demenzerkrankten bei der Nahrungsaufnahme motivieren, ihnen das Essen reichen oder sie schlichtweg an das Essen erinnern.<sup>24</sup>

Neben den kognitiven Defiziten, welche die Nahrungsaufnahme erschweren, gibt es andere größtenteils physische Defizite, welche zur Mangelernährung führen können.

Zu diesen zählen vor allem Mund- und Zahnprobleme, Nebenwirkungen von Medikamenten, welche zum Beispiel den Appetit reduzieren, Stress im allgemeinen Umfeld und akute Krankheiten, die die Essenzufuhr verhindern oder gleichermaßen wie manche Medikamente den Appetit schmälern. Aus diesem Grund muss selbst bei einer demenzkranken Person eine mögliche physische Ursache ausgeschlossen werden, um dementsprechend gegen die Mangelernährung vorgehen zu können.<sup>25</sup>

Eine ausgewogene Ernährung sollte eine ausreichende Menge an Kohlehydraten, Proteinen und Fetten beinhalten. Das heißt, es sollten genug Milch, Eier, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Fisch und Fleisch zu sich genommen werden. Zusätzlich ist auf eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeiten, in der Regel 1,5 – 2 Liter pro Tag zu achten.

Drei Hauptmahlzeiten sollten auf jeden Fall zu sich genommen werden. Je nach Bedarf und Zustand des Patienten können außerdem noch Zwischenmahlzeiten, in

---

<sup>23</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 20.

<sup>24</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 22.

<sup>25</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 20.

Form von Snacks aufgenommen werden. Sobald eine ausreichende Ernährung nicht mehr sichergestellt werden kann, sollte man die Nahrung, um einen höheren Energiegehalt zu gewährleisten, zum Beispiel mit Maltodextrin oder Proteinpulver, anreichern. Der Nutzen in der Verwendung einer Trinknahrung hat sich deutlich in einigen Studienergebnissen ausgezeichnet, da sie sich positiv auf das Körpergewicht und den Body Mass Index ausgewirkt hat. Eine Verbesserung der kognitiven Defizite konnte jedoch nicht ausgemacht werden.<sup>26</sup>

Es unterliegt somit keinem Zweifel, dass die Ernährung eines demenzkranken Menschen sichergestellt werden muss. Ab wann sollte man jedoch die Entscheidung treffen, einen Patienten/eine Patientin künstlich zu ernähren? Viel wichtiger noch: Wie lange und in welchem Zustand ist es indiziert, die Nahrung des demenzkranken Menschen über enterale oder parenterale Wege zu gewährleisten? Die Ernährungssonde würde einerseits den Allgemeinzustand aufgrund der Behandlung der Mangelernährung verbessern, andererseits birgt diese Form der Ernährung einige Risiken in sich. Komplikationen im Rahmen einer Anlage der PEG-Sonde (perkutane-endoskopische-Gastostomie), sind häufig. Aus diesem Grund sollte das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis und vor allem der Wille des Patienten/der Patientin, sofern dieser noch geäußert werden kann, unbedingt berücksichtigt werden.

## **8. Indikationen zur künstlichen Ernährung**

Die wohl wichtigste Indikation zur Durchführung jeglicher Art der künstlichen Ernährung ist die Aussicht auf eine Besserung des Zustands beim Patienten/bei der Patientin. Sobald eine günstige Prognose der Erkrankung in weite Ferne gerückt ist und durch eine Ernährung nicht mehr gewährleistet werden kann, gilt es, die Indikation erneut zu überprüfen und die Therapie bei Bedarf umzustellen.<sup>27</sup>

Ausschlaggebend für die Umsetzung ist der Wille des Patienten/der Patientin und die deutliche Äußerung des Wunsches, eine künstliche Ernährung zu installieren, sobald dieser nicht mehr eigenständig in der Lage ist, Nahrung zu sich zu führen.

---

<sup>26</sup> Volkert, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, Internist 03/2017, 22-26.

<sup>27</sup> Schneider A./Momma M./Manns M.P. Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung, Internist 2007, 1066.

Der Arzt/die Ärztin muss sich dabei immer an einer realistischen Zielsetzung orientieren und obliegt der Aufklärungspflicht. Hier ist es von sehr großer Bedeutung, dass der Arzt/die Ärztin sowohl über die Indikationen als auch über die Risiken einer künstlichen Ernährung spricht. Gleichzeitig muss er/sie über mögliche Folgen, falls eine künstliche Ernährung vom Patienten/von der Patientin oder von Vorsorgebevollmächtigten abgelehnt wird sprechen.

Neben dem Vorsorgebevollmächtigten/der Vorsorgebevollmächtigten ist als „mutmaßlicher“ Wille des Patienten/der Patientin zudem die Patientenverfügung vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin zu respektieren. Neben dem Nutzen und der Risiken einer künstlichen Ernährung, muss der Arzt/die Ärztin die unterschiedlichen Arten einer künstlichen Ernährung mit dem Patienten/der Patientin und den Angehörigen besprechen. Nur gemeinsam kann schließlich individuell und an die Situation angepasst, die Form der künstlichen Ernährung gewählt werden. Generell wird zwischen der parenteralen und enteralen Ernährung unterschieden.<sup>28</sup>

Jedoch sollte eine parenterale Zugangsform nur dann gewählt werden, wenn eine enterale Ernährung nicht mehr möglich ist. Beispielweise können ein paralytischer Darm, ein Ileus, andere Obstruktionen, eine Peritonealkarzinose, Malassimilationssyndrome, gastrointestinale Blutungen oder eine Peritonitis, die Durchführung einer enteralen Ernährung erschweren. Bei Demenzkranken Menschen trifft dies hingegen nur selten zu.

Als vorübergehende enterale Zugangsform kann eine nasogastrale oder nasojejunale Sonde gewählt werden. Das findet vor allem bei Patienten/Patientinnen mit akuten Krankheiten oder schweren Verletzungen ihre Begründung. Sobald eine Sonde allerdings für längere Zeit, sei es zum Beispiel bei chronisch Kranken, angelegt werden muss, werden sogenannte Enterostomiesonden verwendet. Gegebenfalls spricht man hier von einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie- (PEG) oder einer perkutanen endoskopischen Jejunostomiesonde (PEJ). In einer akut lebensbedrohlichen Situation, in der bevorzugt schnell gehandelt werden muss, können parenterale Ernährungsformen ihren Nutzen bringen. Meistens werden entweder die Vena jugularis oder Vena subclavia als Zugangsvenen für hypoosmolare Lösungen und

---

<sup>28</sup> Schneider A./Momma M./Manns M.P. Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung, Internist 2007, 1072.

Lipidlösungen gewählt. Diese zugeführten Flüssigkeiten sind indessen recht kalorienarm und dienen lediglich dazu, eine Dehydrierung des Patienten/der Patientin zu verhindern. Für eine parenterale Ernährung, die länger als drei Wochen durchgeführt werden sollte, wird hingegen ein chirurgisch implantiertes Kathetersystem verwendet.<sup>29</sup>

Grundsätzlich besteht sowohl bei der enteralen als auch bei der parenteralen Ernährung ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Komplikationen, da beide Formen eine gewisse Invasivität aufweisen und in die körperliche Integrität des Patienten/der Patientin eingreifen.

Neben der erhöhten Infektionsgefahr, welche bei beiden Systemen auftreten kann, besteht vor allem bei der parenteralen Ernährung die Gefahr einer Gefäßthrombose, die bis zur Katheterneuimplantation führen kann.<sup>30</sup>

Da jedoch bei geriatrischen Patienten/Patientinnen in erster Linie die Installation einer PEG-Sonde in Betracht gezogen wird, sind demnach der Nutzen und die Risiken dieser Form der künstlichen Ernährung zu beleuchten.

## **9. Nutzen und Risiken der PEG-Ernährung**

Eine Abwägung des Nutzen- und Risiko-Verhältnisses bei der Anlage einer PEG-Sonde, sollte vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin immer durchgeführt werden. Diese Form der Ernährung scheint zudem vordergründig negative Aspekte mit sich zu bringen. Die positiven Effekte scheinen alle eher ungewiss und sie wurden durch mehrere Studien nur zum Teil bestätigt. So rechtfertigt man die Anlage einer Sondenernährung vor allem damit, dass dadurch die Entstehung von Aspirationspneumonien verhindert werden könnte. Dies ist jedoch nicht vollständig möglich, da eine Aspiration oraler Sekretion und regurgiertem Mageninhalt durch die Sonde dennoch nicht verhindert werden kann. In Bezug auf die Mangelernährung kann zwar eine Verbesserung erzielt werden, jedoch steht dies trotzdem nicht im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Lebensqualität, da diese individuell sehr unterschiedlich eingestuft wird und im Falle

---

<sup>29</sup> *Schneider A./Momma M./Manns M.P.* Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung, Internist 2007, 1070 f.

<sup>30</sup> *Schneider A./Momma M./Manns M.P.* Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung, Internist 2007, 1070.

einer Demenzerkrankung meist nur durch Fremdeinschätzung und nicht direkt vom Patienten/von der Patientin selbst festgestellt werden kann. Demgegenüber kann das Risiko für die Entstehung von Druckulzeration reduziert werden, da dies durchaus mit einer Mangelernährung in Verbindung steht und durch die Sondenernährung somit nahezu gleichermaßen verhindert wird.<sup>31</sup>

Neben diesen, nur geringfügig positiven Ergebnissen, können bei der Anlage einer Sondenernährung einige negative Auswirkungen bestätigt werden. So können direkte Schäden durch die Sonde, beispielsweise Okklusionen, Undichte, lokale Infektionen, Abszesse oder Zellulitis, auftreten. Zudem schützt die Sonde nicht vor der Entstehung einer Diarrhoe und Übelkeit beim ohnehin schon betagten Patienten.

Neben diesen direkten Folgeschäden der PEG-Sonden-Ernährung gibt es eine Vielzahl von indirekten Folgen, die für den Patienten/die Patientin als sehr schädlich eingestuft werden.

Vor allem bei Demenzpatienten und Patientinnen ist eine körperliche Unruhe öfters vorhanden. Da die Sonde häufig als Fremdkörper von ihnen wahrgenommen wird, müssen diese häufig mechanisch fixiert werden. Die Fixierung wird jedoch genau so wenig akzeptiert und toleriert, wie die Sondenernährung selbst. Das bedeutet somit zusätzlichen psychischen Stress und möglicherweise verstärkte Unruhe beim Patienten/bei der Patientin.<sup>32</sup>

Außerdem stellt man fest, dass die künstliche Ernährung zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen kann, insbesondere deswegen, weil der Patient/die Patientin den interpersonalen Kontakt und das Geschmackserlebnis, welches die Zufuhr von Nahrung mit sich bringt, verliert. Es steht demzufolge unweigerlich fest, dass insbesondere bei Demenzpatienten und Patientinnen der Kontakt zu Angehörigen und auch die damit verbundene Fürsorge bezüglich der Essenzufuhr sichtlich bessere Erfolge erzielen können, als die Anlage einer PEG-Sonde es jemals könnte. Aus diesem Grund darf die PEG-Sonde nicht als einzig mögliche Alternative angesehen werden, da keinesfalls auf die Verbesserung der

---

<sup>31</sup> Synofzik M. PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse, Nervenarzt 2007, 418-421.

<sup>32</sup> Synofzik M. PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse, Nervenarzt 2007, 422 ff.

Umgebungszustände und die Fortführung der oralen Ernährung verzichtet werden sollte.<sup>33</sup>

Unter Berücksichtigung all dieser möglichen Komplikation, die im Vergleich zum geringen Nutzen der PEG-Sonde auftreten können, hat der Arzt/die Ärztin schließlich mit bestem Wissen und Gewissen eine Entscheidung zu treffen, welche sowohl für den Patienten/die Patientin, als auch für seine/ihre Angehörigen als tragfähig gesehen werden kann und gleichzeitig den normativen Grundsätzen des ärztlichen Handelns entspricht.

## 10. Normative Grundsätze ärztlichen Handelns

Es steht außer jeglichem Zweifel, dass eine medizinische Maßnahme erst dann durchgeführt werden darf, sobald der Patient/die Patientin angemessen darüber aufgeklärt wurde und die Indikation dafür existiert. Bei jeder Indikationsstellung gilt es zu erfassen, ob der medizinische Nutzen dieser Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zum eventuell damit auftretenden Schaden steht. Diese Begründung beruht auf dem medizinischen Wissen über bestimmte Krankheitsverläufe, über Auswirkungen bestimmter Interventionen und die individuelle Diagnose und Prognose des Patienten/der Patientin.<sup>34</sup>

Über die Durchführung einer medizinisch sinnvollen Maßnahme entscheidet jedoch nicht der Arzt/die Ärztin, sondern der Patient/die Patientin aufgrund seines/ihrer Selbstbestimmungsrechts.

Demnach ist die Frage nach der Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe falsch gestellt. Denn nicht der Abbruch, sondern die Weiterführung einer lebenserhaltenden Maßnahme bedarf der Einwilligung des Patienten/der Patientin.<sup>35</sup>

Zusammenfassend lässt sich daher im Hinblick auf die Frage nach der Beendigung bzw. der Nichteinleitung lebenserhaltender Maßnahmen feststellen: Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung endet dort, wo eine lebenserhaltende

---

<sup>33</sup> *Synofzik M.* PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse, *Nervenarzt* 2007, 422 f.

<sup>34</sup> *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004, 217 ff.

<sup>35</sup> *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004, 218-220.

Maßnahme nicht (mehr) indiziert oder vom Patienten/von der Patientin nicht (mehr) gewollt ist.<sup>36</sup>

## 11. Die Hauptpflichten aus dem Behandlungsvertrag

Aufgrund der Leitlinien, die sich über die Ausübung von medizinischen Maßnahmen erstrecken, ergeben sich hinzukommend die Hauptpflichten, die von jedem Arzt/von jeder Ärztin während einer Behandlung der Patienten berücksichtigt werden müssen.

Es steht daher unweigerlich fest, dass der Arzt/die Ärztin eine Behandlung nach bestem Wissen und demzufolge nach aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards, durchführen muss. Daraus kann man schließen, dass ein Arzt/eine Ärztin dazu verpflichtet ist, in einer akut lebensbedrohlichen Situation Erste Hilfe zu leisten und der Schulmedizin anderen komplementärmedizinischen Praktiken Vorrang zu geben hat. Damit eine zeitgemäße Behandlung gewährleistet werden kann, wird der Arzt/die Ärztin dazu aufgefordert, sich regelmäßig fortzubilden und sein/ihr medizinisches Wissen immer weiter zu vergrößern. Außerdem darf eine Maßnahme nur dann durchgeführt werden, wenn ein ausreichend einwilligungsfähiger Patient/einwilligungsfähige Patientin seine/ihre Zustimmung nach erfolgter Aufklärung erteilt. Sobald demzufolge eine medizinische Maßnahme diesen Anforderungen nicht mehr gerecht wird, ist sowohl der Patient/die Patientin als auch der Vorsorgebevollmächtigte/die Vorsorgebevollmächtigte oder der gesetzliche Vertreter/die gesetzliche Vertreterin in der Lage, Schadensersatz zu beanspruchen.<sup>37</sup>

Zuallererst ist jedoch zu hinterfragen, ab wann ein Patient/eine Patientin als „nicht mehr entscheidungsfähig“ gilt und ab wann somit ein Vorsorgebevollmächtigter/eine Vorsorgebevollmächtigte bzw. ein gesetzlicher Vertreter/eine gesetzliche Vertreterin im Sinne des neuen Erwachsenenschutzgesetz in Kraft tritt.

---

<sup>36</sup> Simon A. Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, Ethik Med 2004, 226.

<sup>37</sup> §-49 ÄrzteG 1998 Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden.

## 12. Das neue Erwachsenenschutzgesetz

Die Entscheidungsfähigkeit von Menschen wird laut § 24 Abs. 2 ABGB folgendermaßen definiert: „Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet“.

Dementsprechend ist eine Person nur dann entscheidungsfähig, wenn ihre kognitiven Fähigkeiten soweit ausgebildet sind, dass sie in der Lage ist, über die Entscheidung nachdenken und urteilen zu können. Das bedeutet wiederum nicht, dass ein niedriger Intelligenzgrad oder weitgehende Unerfahrenheit auf einem Gebiet die Entscheidungsfähigkeit eines Menschen schmälern. Viel mehr bezieht man sich hier auf die psychische Konstellation einer Person und legt fest, dass eine geistige Behinderung, ein Koma eine psychische Erkrankung oder eine Bewusstlosigkeit die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt. Infolgedessen steht fest, dass eine Demenzerkrankung, welche sowohl als neurodegenerative als auch psychische Erkrankung definiert werden kann, die Entscheidungsfähigkeit deutlich dezimiert.<sup>38</sup>

Neben der psychischen Konstellation als Voraussetzung für eine ausreichende Einwilligungsfähigkeit eines Menschen, gilt auch die ausreichende Aufklärung über eine medizinische Maßnahme als unausweichlicher Grundstein, um die Rechte eines Patienten/einer Patientin zu sichern. Folglich spielt die Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine medizinische Maßnahme ebenfalls eine wichtige Rolle.<sup>39</sup>

Sobald aber ein Patient/eine Patientin in einem nicht mehr entscheidungsfähigen Zustand verweilt gilt, dass dessen/deren Äußerungen, welche in einem sehr wohl noch kompetenten Zustand getätigt wurden, vom Arzt/von der Ärztin zu berücksichtigen sind. Diese können in Form einer Patientenverfügung, über eine Vorsorgevollmacht, eine Betreuungsverfügung, oder eine Gesundheitsbevollmächtigung definiert werden.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004, 218 ff.

<sup>39</sup> *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004, 220.

<sup>40</sup> *Rothärmel*, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung. Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten? *Internist* 2004, 487 f.

Nur dadurch kann die Selbstbestimmung eines Patienten/einer Patientin, selbst mit schwerer Erkrankung bis zum Lebensende, noch weitgehend erhalten bleiben.

Um die Selbstbestimmung besser schützen zu können, wird der Patient/die Patientin im neuen Erwachsenenschutzgesetz in einen entscheidungsfähigen, einen fraglich entscheidungsfähigen oder nicht entscheidungsfähigen Patienten eingeteilt. Beim entscheidungsfähigen Patienten/bei der entscheidungsfähigen Patientin gilt wie zuvor schon, dass nur er/sie die Befugnis hat über eine medizinische, pflegerische oder auch geburtshilfliche Maßnahme zu entscheiden. Der Unterschied liegt beim fraglich entscheidungsfähigen Patienten/bei der fraglich entscheidungsfähigen Patientin. Dieser/diese sollte nachweislich dabei unterstützt werden, um sich ein eigenes Urteil über die medizinische Behandlung machen zu können. Erst wenn dies nach mehrmaliger Überprüfung nicht möglich ist, sollte eine Stellvertretung zu Rate gezogen werden. Sobald selbst mit Unterstützung ein fraglich entscheidungsfähiger Patient/eine fraglich entscheidungsfähige Patientin nicht über eine medizinische Maßnahme urteilen kann, gilt dieser/diese als nicht entscheidungsfähig. Dessen/Deren Entscheidungen werden fortan von den Stellvertretungsinstrumenten übernommen. Diese sollten sich aber immer vom mutmaßlichen Willen des Patienten/der Patientin leiten lassen. Erst wenn selbst dieser nicht mehr fassbar ist, sollte davon ausgegangen werden, dass, solange eine Behandlung indiziert ist, der Patient/die Patientin dieser höchstwahrscheinlich auch zustimmen würde.<sup>41</sup>

Ein vom Patienten/von der Patientin im klaren Zustand ausgewählter Bevollmächtigter/Bevollmächtigte ist somit verpflichtet, Entscheidungen für die jeweilige Person zu treffen. Diese sollten sich aber strikt nach den Vorstellungen des Patienten/der Patientin richten und nicht durch persönliche Meinungen des Vertreters/der Vertreterin beeinflusst werden.

Falls kein Bevollmächtigter/keine Bevollmächtigte bzw. Vertreter/Vertreterin vom Patienten/Patientin gewählt wurde und sich dieser/diese in einer lebensbedrohlichen Situation, welche das medizinische Personal zwingt, schnell zu

---

<sup>41</sup> Wallner J., Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf), 5.

handeln, befindet, ist der Arzt/die Ärztin dazu verpflichtet, sich im Zweifelsfall immer für die medizinische Maßnahme auszusprechen und diese durchzuführen.<sup>42</sup>

Trotzdem muss ausdrücklich gesagt werden, dass die Selbstbestimmung eines jeden Patienten/einer jeden Patientin als das wichtigste Kriterium bei der Durchführung einer medizinischen Maßnahme geführt werden muss. Um genau diese Selbstbestimmung aufrecht erhalten zu können, gibt es das neu definierte Erwachsenenschutzgesetz.

Es beinhaltet die Vereinbarung, dass neuerdings nicht mehr zwischen einer schwerwiegenden und einer einfachen medizinischen Maßnahme unterschieden werden darf. Auf Grund dessen, kann sowohl der Betreuer/die Betreuerin als auch der Bevollmächtigte/die Bevollmächtigte über schwerwiegende medizinische Behandlungen entscheiden und benötigt dafür keine gerichtliche Genehmigung mehr. Natürlich hat sich aber der Vertreter/die Vertreterin in dieser Situation immer noch an den mutmaßlichen Willen des Patienten/der Patientin zu orientieren.<sup>43</sup>

Tatsächlich muss selbst ein nicht einwilligungsfähiger Patient/eine nicht einwilligungsfähige Patientin über die medizinische Maßnahme aufgeklärt werden und selbst der Grund für die jeweilige Behandlung sollte mit diesem/dieser besprochen werden. Wenn hingegen eine Lebensgefahr, die Gefahr einer schwerwiegenden Erkrankung oder sehr starke Schmerzen bestehen, darf die Behandlung auch ohne Zustimmung durchgeführt werden. Sobald jedoch die Gefahr abgewendet ist, muss ein Einverständnis eingeholt werden, damit die Fortsetzung der Behandlung weiterhin legitim ist.<sup>44</sup>

Um die Stellvertretungsinstrumente besser definieren zu können, baut sich das neue Erwachsenenschutzgesetz auf den sogenannten vier Säulen auf. Hierarchisch gesehen, richten sich diese vier Säulen nach dem Maß an der Selbstbestimmung eines jeweiligen Patienten/einer jeweiligen Patientin. Die erste Säule bildet die sogenannte Vorsorgevollmacht – hier hat die Selbstbestimmung noch die größte Bedeutung.<sup>45</sup> Diese wird als ein Dokument definiert, welches angibt, wer den

---

<sup>42</sup> *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004, 220-224.

<sup>43</sup> *Wallner J.*, Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf), 1ff.

<sup>44</sup> *Wallner J.*, Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf), 2.

<sup>45</sup> *Pesendorfer U.* Das 2. Erwachsenenschutzgesetz - Ein Überblick. *OJZ.2018 / 66, 485.*

Patienten/die Patientin in bestimmten Lebensbereichen vertritt und für ihn/sie entscheidet. Es wäre natürlich optimal, wenn der Patient/die Patientin zur Vorsorgevollmacht ein Vertrauensverhältnis hat und ihm/ihr vertraut ist. Bei der Vorsorgevollmacht ist eine notarielle Beglaubigung nicht zwingend notwendig. Sie unterliegt nämlich nur eingeschränkt gerichtlichen Kontrollen. Größtenteils dann, wenn daran gezweifelt wird, ob der Stellvertreter/die Stellvertreterin nach dem Willen des Patienten/der Patientin entscheidet. Die zweite Säule bildet der gewählte Erwachsenenvertreter/die gewählte Erwachsenenvertreterin, welcher/welche auch eine grundlegende Erneuerung im Erwachsenenschutzgesetz darstellt.

Die Vertretung wird gemeinsam mit dem Rechtsanwalt/der Rechtsanwältin oder dem Erwachsenenschutzverein abgeschlossen und darf dann über medizinische Maßnahmen entscheiden. Es ist aber möglich, dass der Vertreter/die Vertreterin ungeachtet dessen die Genehmigung für eine Maßnahme bei der vertretenen Person einholen muss. Außerdem unterliegt der gewählte Erwachsenenvertreter/die gewählte Erwachsenenvertreterin einer regelmäßigen gerichtlichen Überprüfung. Demnach steht es diesem/dieser nicht zu, so frei wie beispielweise mit der Vorsorgevollmacht zu handeln.<sup>46</sup>

Falls weder eine Vorsorgevollmacht noch ein gewählter Erwachsenenvertreter/gewählte Erwachsenenvertreterin bestimmt wurde, existiert die dritte Säule des neuen Erwachsenenschutzrechts, der gesetzliche Erwachsenenvertreter/die gesetzliche Erwachsenenvertreterin. Bei diesem/dieser handelt es sich meist um nahe Angehörige, welche den Patienten/die Patientin fortan vertreten. Die Neuerung besteht darin, dass der Begriff „nahe Angehörige“ erweitert wurde. Mittlerweile zählen neben Eltern, Großeltern, volljährige Kinder, Ehepartner, Enkelkinder, auch Nichten, Neffen, Geschwister und Lebensgefährten/Lebensgefährtinnen zu den naheliegenden Angehörigen. Nachdem sie vom Notar/Notarin, Richter/Richterin oder dem Erwachsenenschutzverein festgelegt worden sind, dürfen sie über weitere Behandlungsschritte entscheiden. Trotzdem unterliegt der gesetzliche Erwachsenenvertreter/die gesetzliche Erwachsenenvertreterin wie der gewählte/die gewählte, einer regelmäßigen gerichtlichen Überprüfung. Sofern keine anderen

---

<sup>46</sup> Wallner J., Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf), 3 f.

Instrumente für die Stellvertretung eines Patienten/einer Patientin gewählt wurden, kann die vierte Säule, der gerichtliche Erwachsenenvertreter/die gerichtliche Erwachsenenvertreterin zu Rate gezogen werden. Dieser/diese wird außerdem bedeutend, wenn sich die Vertretungen bzw. einzelne Angehörige uneinig über weitere medizinische Schritte sind. An und für sich wird der gerichtliche Erwachsenenvertreter/die gerichtliche Erwachsenenvertreterin gleich gehandhabt wie ursprünglich der Sachwalter/die Sachwalterin. Er/Sie unterliegt der gerichtlichen Kontrolle und darf nur in genau definierten medizinischen Angelegenheiten eingesetzt werden.<sup>47</sup>

Neben diesen wichtigen vier Säulen, ist trotzdem die Patientenverfügung eine der wichtigsten Instrumente, um den Willen eines jeweiligen Patienten/einer jeweiligen Patientin, selbst am Lebensende noch nachvollziehen zu können. Bei der Patientenverfügung handelt es sich um die schriftliche Festlegung des einwilligungsfähigen Volljährigen/der einwilligungsfähigen Volljährigen, in Bezug auf medizinische Fragestellungen. Nichtsdestotrotz gilt selbst mit einer Patientenverfügung der aktuelle Wille eines jeden Patienten/einer jeden Patientin. Dieser/diese ist auch jederzeit dazu berechtigt, seine/ihre Entscheidungen in der Verfügung rückgängig zu machen.

Es ist von großer Bedeutung, dass Behandlungswünsche oder auch deren Ablehnungen in der Patientenverfügung konkret dargestellt werden. Allgemeine Äußerungen wie „Falls mein Leben als nicht mehr lebenswert erscheint...“, können nicht berücksichtigt werden und haben somit auch keine Bindungswirkung. Vom Patienten/von der Patientin geäußerte Behandlungen sind hingegen nur dann bindend, wenn dementsprechend die medizinische Indikation dafür vorliegend ist. Sobald eine konkrete Patientenverfügung existiert, muss überprüft werden ob die laufenden Behandlungen mit den Aussagen, welche in der Patientenverfügung zu finden sind, übereinstimmen. Trotz vorliegender Patientenverfügung ist es die Pflicht des Arztes/der Ärztin, mit weiteren Angehörigen, dem Lebenspartner/der Lebenspartnerin und Freunden über die Entscheidungen des Patienten/der Patientin zu sprechen und sie über den Willen dessen aufzuklären.

---

<sup>47</sup> Wallner J., Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf), 4.

Wenn zur Patientenverfügung noch ein Betreuer/eine Betreuerin oder eine Vorsorgevollmacht vorliegend ist, ist es deren Aufgabe zu überprüfen, ob die Aussagen auf die jetzige Situation des Patienten/der Patientin zutreffen und denen entsprechend Folge geleistet wird.<sup>48</sup>

Wie beim bereits erläuterten Fall des Patienten Herrn Heinrich S., hätte der behandelnde Arzt mehr mit dem Sohn kommunizieren müssen. Womöglich wäre es zu weniger Missverständnissen gekommen, wenn die Kommunikation zwischen den Beteiligten eine bessere gewesen wäre. Dies hätte wohl auch zum bestmöglichen Wohlbefinden des Patienten geführt.

### **13. Der Fall: Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung**

„In dubio pro vita“ – im Zweifel für das Leben. Ein Leitsatz, den der behandelnde deutsche Arzt des Herrn Heinrich S. immer wieder betonte. Damit wollte er sein Handeln und die Fortführung der Sondenernährung eines dementen, schwer kranken Menschen fortlaufend begründen.<sup>49</sup> Voraussetzung für die Gültigkeit dieses Leitsatzes und für die Durchführung derartiger Behandlungen ist dennoch die medizinische Indikation. Es ist daher die Aufgabe des Arztes/der Ärztin, die Indikation bei Fortbestehen der Sonde zu überprüfen. Natürlich ist eine Sondenernährung als rein lebenserhaltende Maßnahme möglich, jedoch darf man keinesfalls auf Behandlungsalternativen vergessen. Palliative Maßnahmen sollten hier einen viel wichtigeren Stellenwert haben, als rein die Lebenserhaltung durch eine Behandlung.<sup>50</sup>

Hinzukommend sollten die möglichen Risiken und Komplikationen sowohl durch eine Sondenernährung als auch bei Beendigung dieser, mit dem Patienten/der Patientin bzw. Angehörigen und Vertreter besprochen werden. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass im finalen Stadium einer Demenzerkrankung die Anlage einer parenteralen oder enteralen Ernährungsform nicht empfohlen wird.

---

<sup>48</sup> Rothärmel, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung. Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten? Internist 2004, 487 ff.

<sup>49</sup> OLG München, Endurteil v. 21.12.2017 – 1U 454/17, Arzthaftungsrecht: Behandlungsabbruch bei schwerstkranken Patienten (hier PEG-Sonde).

<sup>50</sup> Bruns, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, ArztRecht 7/2018, 175.

Eine Besserung des Zustandes, im Sinne einer Therapie der Grunderkrankung kann dadurch nicht mehr erreicht werden. Aus den Leitlinien des ärztlichen Handelns in solch einer Situation geht zwar hervor, dass es keine Pflicht ist, eine künstliche Ernährung einzustellen, trotzdem sollte ein Behandlungsabbruch mit allen Betroffenen bei gegebener Situation diskutiert werden.<sup>51</sup>

Im Hinterkopf eines jeden Arztes/einer jeden Ärztin bleibt hingegen die Frage, ob ein Behandlungsabbruch nicht vergleichbar wäre mit dem Herbeiführen des Todes eines Menschen, da er folglich verhungern beziehungsweise verdursten würde. Es ist somit in jedem Mediziner/jeder Medizinerin der Gedanke verankert, dass das Leben als höchstes Gut anzusehen ist und dass alles daran gesetzt werden muss um dieses zu erhalten.

Ob ein erhaltenes Leben dann als lebenswert oder erhaltenswürdig eingestuft werden kann, bleibt umstritten. Laut Rechtslage stellt sich jedes Leben als absolut erhaltenswürdig dar. Ein Urteil über dessen Wert zu fällen, steht demnach keinem Dritten/keiner Dritten zu. Daraus folgt, dass kein Leben als Schaden angesehen werden darf, und demnach kein Schadensgeld gefordert werden kann.<sup>52</sup>

Im vorliegenden Fall wurde trotzdem genau das vom behandelnden Arzt gefordert. Eine Forderung bzw. Anklage, die sich über mehrere Jahre und Gerichtsverhandlungen zog und wieder neu aufgerollt wurde, da die Rechtslage sogar heute noch immer unklar erscheint.

Unumstritten ist, dass die Durchführung einer künstlichen Ernährung, insbesondere der Sondenernährung mittels einer PEG-Sonde nur dann erfolgen darf, wenn ein medizinisch begründetes Behandlungsziel vorliegend ist. Die Sonde darf dabei aber auf keinen Fall nur zur Erleichterung des Pflegeaufwands angelegt werden. Sobald die Indikation unsicher ist, sollte aber der Therapieversuch trotzdem gestartet werden. Falls daraufhin Komplikationen oder eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten/der Patientin auftreten, muss die Therapie mit der Sonde beendet werden. Wenn die medizinische Indikation fragwürdig oder nicht mehr gegeben ist, ist es die Pflicht des Arztes/der Ärztin den Patienten/die Patientin oder seine Angehörigen beziehungsweise Vertreter

---

<sup>51</sup> *Bruns*, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 174 f.

<sup>52</sup> LG München I, Endurteil v. 18.01.2017 – 9 O 5246/14, Haftung des behandelnden Arztes bei unterbliebenem Abbruch der künstlichen Ernährung am Lebensende.

darüber klar zu informieren und dementsprechend eine Beendigung der Sondenernährung vorzuschlagen.

Solange Möglichkeiten der Remission des Zustandes gegeben sind (sei es bei einem vorübergehenden Koma, einem schweren Unfall), ist die Sondenernährung immer zur reinen Lebenserhaltung möglich und sollte auf jeden Fall durchgeführt werden. Im Falle einer Demenzerkrankung ist Derartiges jedoch nicht vorhanden.<sup>53</sup>

Bekanntlich spielte im vorliegenden Fall die Grunderkrankung – nämlich die Alzheimerdemenz – die wichtigste Rolle. Der Sohn war der festen Überzeugung, dass die Anlage der Ernährungssonde das Leben des Herrn Heinrich S. nur unnötig in die Länge zog, da die Sonde mehrere Jahre vor dem Tod des Patienten bereits nicht mehr indiziert gewesen ist. Außerdem hat der Arzt die alternativen Möglichkeiten, wie zum Beispiel eine intensivierete palliative Therapie nicht mit dem Betreuer oder dem Sohn des Patienten besprochen. Folglich hat der Arzt gegen seine Aufklärungspflicht verstoßen und zuwider dem mutmaßlichen Willen des Patienten gehandelt. Daraufhin forderte der Sohn 100.000 Euro Schmerzensgeld, sowie 52.000 Euro aufgrund der zusätzlichen Behandlungs- und Pflegeaufwendungen.<sup>54</sup>

Die Rechtslage schien jedoch nicht eindeutig zu sein, weswegen der Fall innerhalb drei Gerichtsverhandlungen bearbeitet wurde. Zuerst wurde vom Landesgericht München entschieden, nach Einbringung von Rechtsmitteln in weiterer Folge vom Oberlandesgericht bzw. letztlich vom Bundesgerichtshof. Eine Indikation zur Anlage der Sondenernährung bei Herrn Heinrich S. war offensichtlich ab 2010 nicht mehr vorliegend. Anfangs sei eine Indikation in der Verhinderung einer Aspirationspneumonie gegeben gewesen. Da der Patient aufgrund seiner Erkrankung immer mehr Probleme mit dem Schlucken entwickelte und demnach öfter Nahrungsreste in die Lunge bekam, wurde vom Arzt die Sonde als mögliche Alternative zur oralen Ernährung gesehen. Später stellte sich jedoch

---

<sup>53</sup> DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: „Ethische und rechtliche Gesichtspunkte“ (Aktuel Ernaehr Med 2003; 28, Supplement 1: S.36-41, U.Körner et al).

<sup>54</sup> LG München I, Endurteil v. 18.01.2017 – 9 O 5246/14, Haftung des behandelnden Arztes bei unterbliebenem Abbruch der künstlichen Ernährung am Lebensende.

heraus, dass selbst eine Aspirationspneumonie durch die Sonde nicht mehr verhindert werden konnte, und der Patient häufig daran litt.<sup>55</sup>

Demnach wäre als einzige Indikation für die PEG-Sonde, die reine Lebenserhaltung zu nennen. Eine Indikation, die wie bereits oben erwähnt, zulässig war, jedoch hätte sie mit dem Betreuer bzw. dem Sohn abgesprochen werden müssen. Der Arzt hat dies aber nicht getan und stattdessen als reine Lebenserhaltung die künstliche Ernährung des Herrn Heinrich S. fortgesetzt.<sup>56</sup> Trotz allem konnten weder der Betreuer, noch der Sohn beweisen, dass sie sich, falls ein ebensolches Gespräch stattgefunden hätte, gegen die künstliche Ernährung entschieden hätten. Das Landesgericht München verurteilte den Arzt somit nicht zur Zahlung eines Schmerzensgeldes an den Sohn des behandelten Patienten.

Der Arzt hat zwar deutlich gegen seine Aufklärungspflicht verstoßen, jedoch konnten der Sohn und der Betreuer nicht beweisen, dass es durch die durchgeführte Ernährung zu einem Schaden beim Patienten gekommen ist. Die alleinige Anklage auf Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld konnte somit abgewiesen werden.<sup>57</sup>

Im Dezember 2017 wurde der Fall erneut vom Oberlandesgericht München aufgenommen, da der Sohn der Meinung war, dass seinem Vater durchaus aufgrund der Fortführung der Sondenernährung schweres Leid zugefügt wurde und er dadurch am Sterben gehindert wurde. Es stellte sich zudem heraus, dass selbst die Kommunikation zwischen dem Betreuer des Patienten und dem Sohn keine gute war. Der Sohn hat offenbar alles dagegen unternommen um die Sondenernährung zu beenden und er war sogar telefonisch mit der Rechtsanwaltskanzlei des Betreuers in Kontakt. Dieser hat ihn aber immer nur gefragt, ob er seinen Vater denn verhungern und verdursten lassen möchte. Außerdem sollte das Landesgericht München einen Fehler gemacht haben, indem es den Sohn nicht ausdrücklich gefragt hat, wie dieser entschieden hätte, wenn das Aufklärungsgespräch zwischen dem Arzt und ihm tatsächlich stattgefunden hätte. Der Sohn ging davon aus, dass er sich mit Sicherheit gegen eine künstliche

---

<sup>55</sup> OLG München, Endurteil v. 21.12.2017 – 1U 454/17, Arzthaftungsrecht: Behandlungsabbruch bei schwerstkranken Patienten (hier PEG-Sonde).

<sup>56</sup> *Bruns*, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018, 175.

<sup>57</sup> LG München I, Endurteil v. 18.01.2017 – 9 O 5246/14, Haftung des behandelnden Arztes bei unterbliebenem Abbruch der künstlichen Ernährung am Lebensende.

Ernährung entschieden hätte, hätte der Arzt ihn über weitere palliative Maßnahmen und Behandlungsschritte aufgeklärt. Der Arzt verteidigte sich demnach damit, dass er den Betreuer sehr wohl über den Gesundheitszustand des Vaters in mehreren Gesprächen aufgeklärte und eine Beendigung der Sondenernährung nicht in Betracht gezogen wurde. Der Betreuer hat nämlich ausdrücklich die weitere symptomatische Behandlung des Herrn Heinrich S. gewünscht. Eine Kontaktaufnahme mit dem Sohn war dem Arzt vom Betreuer verboten worden. Außerdem bemühte sich selbst der Sohn nicht um eine Kontaktaufnahme mit dem Arzt und er hat Herrn Heinrich S. nur sehr sporadisch im Pflegeheim besucht. Nichtsdestotrotz war die Berufung des Sohnes zum Teil begründet und setzte voraus, dass der Beklagte ein Schmerzensgeld von zumindest 40.000 Euro an den Kläger zu zahlen hat. Er hat nämlich die aus § 1901b Abs. 1 BGB in Verbindung mit dem Behandlungsvertrag erwachsenden Pflichten verletzt, da er nicht weiterhin die Indikation für die medizinische Maßnahme überprüfte und den Patienten bzw. den Betreuer und dem Sohn nicht über die alleinige Lebensverlängerung als Indikation aufklärte. Außerdem hätte er über die möglichen alternativen Therapieversuche mit dem Betreuer sprechen müssen. In solch einem Zustand hätte eine palliative Therapie auf jeden Fall mehr gebracht, als die alleinige Fortsetzung der künstlichen Ernährung. Der Patient hat ohnehin über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder mit Dekubiti, Schmerzen, Fieber, Krämpfen, Atembeschwerden und Aspirationspneumonien zu kämpfen.<sup>58</sup>

Die benötigten Voraussetzungen für die Zulassung einer Revision waren dagegen gegeben, sodass der Fall erneut vom Bundesgerichtshof im April 2019 aufgenommen wurde. Der Arzt versuchte demzufolge die Anklage des Sohns vollständig abzuweisen. Natürlich gab dieser zu, dass er eine bessere Aufklärung hätte durchführen müssen, trotzdem stand nicht fest, dass ein Weiterleben eines Patienten, wenn auch unter schwersten Beeinträchtigungen und Leiden, gegenüber dem Tod als Schaden im Rechtsinn anzusehen ist. Außerdem konnte der Kläger nicht beweisen, dass der Vater einer Sondenernährung nicht doch zugestimmt hätte. Aus mehreren Gesprächen mit Freunden und Bekannten des Herrn Heinrich S. wurde weiterhin betont, dass dieser oftmals sagte, dass er alt

---

<sup>58</sup>OLG München, Endurteil v. 21.12.2017 – 1U 454/17, Arzthaftungsrecht: Behandlungsabbruch bei schwerstkranken Patienten (hier PEG-Sonde).

werden möchte. Demzufolge konnte der Sohn nicht beweisen, dass die Sonde gegen den Willen des Patienten angelegt wurde. Daher konnte der Anspruch auf Schmerzensgeld abgewiesen und der Fall somit abgeschlossen werden.<sup>59</sup>

Ein Endergebnis, das wenngleich ernüchternd war. Sowohl dem Sohn als auch dem Arzt konnte in mehreren Punkten Recht gegeben werden.

In jedem Fall steht fest, dass in Zukunft vermehrt an einer besseren Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin, Patienten, Angehörigen und Vertretern gearbeitet werden muss. Nur dadurch könnte man viele Missverständnisse und Unklarheiten beseitigen und somit bessere Entscheidungen für einen schwer kranken Patienten/eine schwer kranke Patientin treffen. Das Wohl des Patienten/der Patientin darf dabei niemals vergessen werden, da dies in jeder Situation am wichtigsten sein sollte.

## **14. Fazit und eigene Meinung**

Die Therapie am Lebensende wirft immer wieder viele Fragen und Sorgen, nicht nur von Seiten der Ärzte und Ärztinnen, sondern auch von Seiten der engsten Verwandten, Angehörigen und Freunde eines Patienten/einer Patientin auf. Welche Schritte sollten noch unternommen werden, wenn eine Aussicht auf eine Besserung eher gering erscheint? Wie viel sollte noch für den Patienten/die Patientin in die Wege geleitet werden und vor allem, würde der Patient/die Patientin, sobald er/sie nicht mehr äußerungsfähig ist, genauso entscheiden? Fragen, die bis heute nicht richtig beantwortet werden können, da jede Situation eine individuelle ist und aus diesem Grund auch individuell an die Gegebenheiten angepasst werden muss.

Der Fall des Herrn Heinrich S. ist in diesem Zusammenhang bestimmt kein Einzelfall, da bei der künstlichen Ernährung eines alten Menschen noch einige Unklarheiten vorliegen. Ins Auge sticht bei diesem Fall meiner Meinung nach vor allem die nicht vorhandene Kommunikation sowohl zwischen Arzt und Betreuer als auch zwischen Betreuer und Sohn des Patienten.

---

<sup>59</sup>Bundesgerichtshof, Endurteil v. 02.04.2019 – VI ZR 13/18.

Die Versorgung des demenzkranken alten Mannes wäre bestimmt eine andere gewesen, wenn alle Instanzen mehr miteinander kommuniziert und das Wichtigste in diesem Unterfangen nicht vergessen hätten – das Wohl des Patienten und insbesondere der Wille dessen. Aus mehreren Quellen geht außerdem hervor, dass der Sohn schon einige Jahre bevor der Vater verstarb, die Besuche im Pflegeheim nicht mehr wahrnahm und sich weitgehend aus der Behandlung des Herrn Heinrich S. zurückzog. Eine Tatsache, die ich einerseits sehr traurig finde und die mich andererseits vor die Frage stellt, ob es dem Sohn im Nachhinein dann überhaupt zusteht, über die Maßnahmen, welche in der Versorgung des Vaters gesetzt wurden, zu urteilen. Ob nun der Arzt das Leben des Herrn Heinrich S. unnötig verlängerte oder nicht, bleibt ungeklärt. Dabei handelte es sich ebenso um eine individuelle Situation, die allein vom Patienten selbst bestimmt werden konnte. Dieser war jedoch gegen Ende seiner Lebenszeit nicht mehr ansprechbar und dessen mutmaßlicher Wille konnte somit nicht mehr ermittelt werden. Natürlich schien ein Leben mit dauernden Infektionen, Pneumonien und sonstigen Leiden nicht unbedingt lebenswert zu sein, jedoch finde ich es persönlich schwierig die endgültige Entscheidung darüber zu treffen. Ich verstehe den Standpunkt des Arztes gewissermaßen, da er vor ein solches Dilemma gestellt wurde und sich, wie es in der Medizin nun einmal ist, für eine Erhaltung des Lebens entschied.

Trotzdem waren Aussagen des Patienten, in denen er versicherte, dass er alt werden möchte und vor allem leben möchte, nicht hundertprozentig zuverlässig. Womöglich hätte er sich gegen ein derartiges Leben entschieden, wenn er gewusst hätte, mit wie viel Leid es verbunden war. Dabei handelt es sich selbstverständlich um reine Spekulation. Nichtsdestotrotz finde ich, dass ein solches Leben nicht mehr unbedingt als lebenswert betitelt werden kann. Außer Frage steht jedoch, dass keiner mit Sicherheit sagen konnte, dass der Patient nicht auch ohne die PEG-Sonde genau dieselben oder sogar schlimmere Leiden durchgemacht hätte. Rechtlich gesehen darf der Tod aber nicht einmal einem Leben, welches Herr Heinrich S. gegen Ende hin durchmachen musste, vorgezogen werden. Deswegen kann ich der Urteilsfällung des Bundesgerichtshofs nur zustimmen. Der Arzt ist dabei nicht dazu verpflichtet, dem Sohn Schmerzensgeld zu bezahlen, da er nach dem Leitsatz „in dubio pro vita“ handelte. Wenngleich ich es absolut nicht in Ordnung finde, dass der behandelnde

Arzt weder den Betreuer noch den Sohn darüber informierte, dass die PEG-Sonde nicht mehr der Verhinderung der Aspirationspneumonien, sondern zur reinen Lebenserhaltung diene. Dies wirft schließlich erneut das Problem mit der fehlenden Kommunikation auf. Es sollte viel mehr miteinander gesprochen werden, vor allem bei solch heiklen Gegebenheiten, wie sie bei Patienten/Patientinnen im finalen Stadium einer Demenz sind. Es ist vollkommen verständlich, dass man sich als Angehöriger/Angehörige nicht dafür verantwortlich fühlen möchte, wenn es um den Tod bzw. um die Beendigung des Lebens eines nahestehenden Verwandten geht. Genau deswegen sollte vom Arzt/von der Ärztin den Angehörigen vermittelt werden, dass die künstliche Ernährung auf keinen Fall die einzige Option darstellt. Stattdessen ergeben sich zahlreiche andere, insbesondere palliative Maßnahmen die ergriffen werden könnten. Größtenteils stellte sich heraus, dass die intensive Zuneigung und die Beschäftigung mit dem Patienten/der Patientin, selbst beim Thema Ernährung viel mehr bewirkte als die alleinige Installation einer PEG-Sonde. So kam ich schließlich selbst zu dem Schluss, dass eine künstliche Ernährung im Sinne einer PEG-Sonde nur vorübergehend und vor allem nur dann bewerkstelligt werden sollte, wenn definitiv eine Aussicht auf eine Besserung des Zustands und die Möglichkeit der Krankheitsremission dadurch gegeben ist.

Andernfalls sollte auf alternative Therapien zurückgegriffen werden. Zusätzlich sollte der Patient/die Patientin immer wieder durch gutes Zureden motiviert werden, Nahrung zu sich zu nehmen, anstatt diese zu verweigern. Der Körper selbst und somit auch der Verstand eines Patienten/einer Patientin wissen womöglich auch am Lebensende, wenn der Patient/die Patientin selbst nicht mehr in der Lage ist, sich über gewisse Maßnahmen zu äußern, was am besten für eben diesen Menschen ist. Sobald ein Mensch somit keine Nahrung und keine Flüssigkeiten mehr zu sich nimmt, sollte dies schlichtweg als Zeichen gesehen werden, welches ernst zu nehmen ist. Es besteht mit Sicherheit ein Grund für ein solches Verhalten.

Noch bis vor kurzem hätte ich behauptet, dass ich kein Recht darauf hätte, solche Aussagen zu tätigen. Jedoch befanden sich meine Familie und ich in einer ähnlichen Situation. Mein Großvater, der für mich eine sehr wichtige Person in meinem Leben darstellte, litt ebenfalls an einer Demenz – der Lewy Body Demenz. Es war natürlich schon schwer genug mit anzusehen, dass mein Opa

weder mich noch seine eigene Frau, Tochter und Söhne wieder erkannte, trotzdem war es eine noch schwierigere Situation gegen Ende seines Lebens hin zu sehen, mit welchen Qualen dieses verbunden gewesen ist.

Nachdem er im Sommer 2019 ins Pflegeheim kam, war sein weiteres Leben von dauerndem Auf und Ab geprägt. Einmal erging es ihm besser, dann nahm seine Krankheit wieder Überhand – er wusste weder in welchem Jahr noch in welcher Stadt wir uns befanden. Ein Zustand, der nicht ewig so bleiben konnte. Des Öfteren litt er an Infekten, teilweise sogar an schweren Lungenentzündungen, die er aber allesamt unter medikamentöser Therapie besiegte. Mir schien es fast so, als wollte mein Großvater trotz allem noch weiterleben. Jedoch fiel mir bei mehreren Besuchen auf, dass er immer schmäler wurde und auch nicht mehr gerne Nahrung zu sich nahm, selbst wenn ihn seine Kinder oder auch die Pfleger und Pflegerinnen im Pflegeheim dazu motivierten und fütterten. Er selbst verschluckte sich zudem häufig und musste nahezu nach jedem Bissen heftig husten. Das alles erinnerte mich fortwährend an das Thema meiner Diplomarbeit und ich konnte mir schon ausmalen, wie es wohl meinen Opa in naher Zukunft ergehen sollte.

Zu meiner Überraschung wurde aber das Thema einer künstlichen Ernährung nicht vom Hausarzt angesprochen, da es mittlerweile doch schon einigen bekannt ist, dass eine Ernährungssonde bei einer Demenzerkrankung nicht mehr installiert werden sollte. Für mich stand ohnehin fest, dass eine PEG-Sonde bestimmt nicht bei meinem Opa angelegt werden sollte, da auch seine Kinder und seine Frau immer wieder beteuerten, dass sie ihm ein solches Leben auf keinen Fall zumuten wollten. Nach meinem Empfinden funktionierte hier die Kommunikation auf jeden Fall viel besser, da sich die Familienmitglieder immer wieder über den Zustand meines Großvaters austauschten und jeder fortlaufend über die aktuelle Lage Bescheid wusste. Dadurch konnten sie gemeinsam für meinen Großvater Entscheidungen treffen und sich gegenseitig in dieser schwierigen Zeit unterstützen und Halt geben.

Kurz nach seinem 82. Geburtstag, in einer Zeit während der Corona Pandemie, wo auch mein Opa unter dem notwendigen Besuchsverbot litt, konnte er schließlich ruhig einschlafen. Er war ohne jegliche künstliche Ernährung und meiner Meinung nach mit einer weitgehend aufrechterhaltenen Selbstbestimmung, da sowohl der behandelnde Arzt als auch seine Familie nie auf den mutmaßlichen

Willen von ihm vergaßen, gestorben. Ich denke eine solche Lage ist immer problematisch und ganz ohne Fehler wird höchstwahrscheinlich nie gehandelt, trotzdem sieht man, dass sich Herr Heinrich S. und auch mein Opa in einer ähnlichen Situation befanden. Im Gegensatz zu den Gegebenheiten von Herrn Heinrich S. funktionierte die Kommunikation zwischen meinem Großvater, dem Arzt, dem Pflegepersonal und den Angehörigen. Genau aus diesem Grund konnte mein Großvater sein Lebensende auch anders erleben als Herr Heinrich S., der doch einige Leiden mehr mitmachen musste.

Generell glaube ich, dass man die Schwierigkeit dieser Situation erst richtig verstehen kann, wenn man sich selbst einmal als Angehöriger/Angehörige darin befindet/befand und vor diese heiklen Fragen gestellt wird/wurde. Deswegen bin ich der festen Überzeugung, dass eine gute Kommunikation zwischen dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin, den Pflegepersonen im Altersheim und den Angehörigen in jedem Fall gegeben sein muss.

Es sollte sich niemand mit der Entscheidung allein gelassen fühlen und es sollten durch viele aufklärende Gespräche untereinander mögliche Bedenken und Anliegen ausgetauscht werden. Nur so kann sich in Zukunft die Betreuung demenzkranker Menschen verbessern und vor allem klarer gehandhabt werden.

## 15. Literaturverzeichnis

1. *Maximilian Amos*, OLG München verurteilt Arzt zu Schadensersatz: Leben als Schaden. In: Legal Tribune Online, 21.12.2017, [https://www.lto.de/persistent/a\\_id/26163/](https://www.lto.de/persistent/a_id/26163/) (abgerufen am: 02.02.2021)
2. *Bruns*, Schmerzensgeld weil Patient zu lange lebte, *ArztRecht* 7/2018
3. *Marksteiner J./Hinterhuber H./Haring C.*, Gerontopsychiatrie, in *Fleischhacker/Hinterhuber* (Hrsg), Lehrbuch Psychiatrie. Springer, Vienna 2012
4. *Volkert*, Ernährung bei Demenzerkrankungen. Probleme mit routinemäßigem Screening frühzeitig erkennen, *Internist* 03/2017
5. *Schneider A./Momma M./Manns M.P.* Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung, *Internist* 2007
6. *Synofzik M.* PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse, *Nervenarzt* 2007
7. *Simon A.* Ethische Aspekte der künstlichen Ernährung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten, *Ethik Med* 2004
8. §-49 ÄrzteG 1998 Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden
9. *Rothärmel*, Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung. Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten? *Internist* 2004
10. *Wallner J.*, Das neue Erwachsenenschutzgesetz. Eine Zusammenfassung, [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf)

11. *Pesendorfer U.* Das 2. Erwachsenenschutzgesetz - Ein Überblick.  
OJZ.2018 / 66
12. OLG München, Endurteil v. 21.12.2017 – 1U 454/17, Arzthaftungsrecht:  
Behandlungsabbruch bei schwerstkranken Patienten (hier PEG-Sonde)
13. LG München I, Endurteil v. 18.01.2017 – 9 O 5246/14, Haftung des  
behandelnden Arztes bei unterbliebenem Abbruch der künstlichen  
Ernährung am Lebensende
14. DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: „Ethische und rechtliche  
Gesichtspunkte“ (Aktuel Ernaehr Med 2003; 28, Supplement 1: S.36-41,  
U.Körner et al)
15. Bundesgerichtshof, Endurteil v. 02.04.2019 – VI ZR 13/18