

U. Körner  
E. Biermann  
E. Bühler  
F. Oehmichen  
S. Rothärmel  
W. Schweidtmann

# Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG

## Ethische und rechtliche Gesichtspunkte

### *DGEM and DGG Guidelines Enteral Nutrition Ethical and Legal Aspects*

#### Schlüsselwörter

Sondenernährung · ethische Gesichtspunkte · Recht · Therapieabbruch · Geriatrie

#### Key words

Enteral nutrition · medical ethics · legislation · terminal care · geriatrics

#### A. Vorbemerkungen der Autoren zur aktualisierten Fassung (Februar 2004)

Das erstmals im Januar 2003 in der Leitlinie Enterale Ernährung veröffentlichte Kapitel liegt hier in aktualisierter Fassung vor. Vorangestellt sind erstens in Betracht der gleichzeitigen Erstveröffentlichung des Geriatriekapitels einige Aussagen zu besonderen Erfordernissen bei geriatrischen Patienten; das Ethik-Recht-Kapitel selbst bezieht sich auf alle Lebens- und Krankheitssituationen auch außerhalb der Geriatrie. Zweitens werden Aspekte der Rechtslage dargestellt, die sich durch das einschlägige BGH-Urteil vom 17. März 2003 ergeben haben.

Ernährung im Alter ist in ethischer Hinsicht vielschichtig.

Erstens wird bei älteren Menschen die Nahrungsaufnahme teils beschwerlich und die Nahrungsvielfalt wird reduziert. Die ärztliche Sorge um eine in Qualität und Quantität angemessene Ernährung hat eine zentrale Bedeutung zur Bewahrung von Gesundheit und Lebensqualität für die älteren Menschen. Hinzu kommt folgend aus dem Umstand, dass wir Menschen im normalen Leben die Ernährung zu einem Grundvergnügen kultiviert haben, die ethische Verpflichtung für die Ernährungsmedizin, die Ernährung soweit irgend möglich als Mittler für ein positives Lebensgefühl zu gestalten.

Zweitens ist gelegentlich festzustellen, dass im höheren Alter mit fortgeschrittener Hinfälligkeit und angesichts von Vereinsamung und Zukunftsleere Menschen keinen Lebenswillen mehr haben und dann die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einstellen um zu sterben. Sofern nicht eine vorübergehende psychische Depression oder eine behandlungsbedürftige neurologische Erkrankung vorliegen, ist Ernährungstherapie dann nur als Alternative gerechtfertigt, wenn für den Betroffenen damit zugleich eine realistische Perspektive verbesserter Lebensqualität eröffnet wird, in die dieser auch einwilligt. Wenn ein Patient, der seinen Willen nicht mehr klar zu artikulieren vermag, einen durchgängig aufrechterhaltenen deutlichen Widerstand gegen die Ernährungstherapie zeigt, ist auf diese Behandlungsoption zu verzichten.

Drittens die Ernährungstherapie dient bei geriatrischen Patienten häufiger nicht der vorübergehenden, sondern der dauerhaften Sicherstellung der Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit bis zum Lebensende. Dabei kann die Ernährungstherapie in einer chronisch auf den Tod zulaufenden Entwicklung zwar theoretisch bis in die Terminalphase indiziert sein. Wenn sich aber schon in den vorangehenden Phasen der Krankheitsentwicklung zeigt, dass dadurch der Sterbeprozess verlängert wird, ist die Indikation kritisch zu überprüfen. Gegenüber der akutmedizinischen Anwendung unterscheidet sich die „Ernährung auf das Le-

#### Institutsangaben

Charité, Medizinische Fakultät, Universitätsmedizin, Berlin

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dipl.-Biol. Uwe Körner · Charité · Universitätsmedizin, Berlin · Tucholskystraße 2 · 10117 Berlin · E-mail: uwe.koerner@charite.de

#### Bibliografie

Aktuel Ernähr Med 2004; 29: 226–230 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-828306  
ISSN 0341-0501

bensende hin“ also nicht prinzipiell. Es sind hier in gleicher Weise die Kriterien der Indikation und der Einwilligung für das Beginnen und das Beenden der Therapie zu erfüllen. Das Problem einer besonders zu rechtfertigenden „passiven“ Sterbehilfe durch Absetzen der Ernährungstherapie stellt sich so gesehen in der Terminalphase nicht, vielmehr entsteht hier bei fortgesetzter Nahrungszufuhr auch die Frage einer Fehlbehandlung.

Viertens folgt aus den Charakteristika in der Geriatrie (wie: fortschreitende Multimorbidität; biopsychosozial ganzheitliches Betroffensein der Alterskranken; oft unmerklich schleichender Verlauf; fortschreitende Therapieineffizienz), dass Patienten sich für bestimmte Zeit in einem hinsichtlich möglicher Behandlungsalternativen nicht eindeutig entscheidbaren Zustand befinden können. Solange nicht klar begründet eine Entscheidung zu treffen ist, gilt – wie auch sonst an Grenzen der Lebenserhaltung – das Hilfsprinzip „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben). Die vorläufige Anwendung dieses Prinzips schließt aber die unbedingte Verpflichtung ein, den Zweifel durch diagnostische und sonstige geeignete Bemühung zu beseitigen und eine klare Begründung der jeweiligen Behandlung zu gewinnen.

Der Bundesgerichtshof entschied über die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte für die Prüfung von Betreuerentscheidungen zur Beendigung lebenserhaltender Therapie.

Im Beschluss des 12. Zivilsenats des Bundesgerichtshofes vom 17.3.2003 ist bestimmt, dass „die richtige Umsetzung des Willens des Betroffenen durch den Betreuer ... ein tauglicher Gegenstand einer vormundschaftsgerichtlichen Überprüfung sein kann“. Der BGH hat also die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte bejaht und damit die über mehr als 5 Jahre bestandene kontroverse Rechtsprechung beendet. Im Beschluss des BGH ist aber auch klargestellt – und damit wurde die entsprechende im Ethik-Recht-Kapitel der Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM vom Januar 2003 vorläufig formulierte Position bestätigt – dass es nur in den Ausnahmefällen einer Bestätigung der Betreuerentscheidung durch das Vormundschaftsgericht bedarf, bei denen keine eindeutige Verfügung des Patienten vorliegt, sowie einerseits der Arzt eine weitere lebenserhaltende Therapie als erforderlich ansieht und andererseits vom Betreuer ein entgegenstehender Wille des Patienten geltend gemacht wird. Das Vormundschaftsgericht hat dabei „keine eigene Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen“ zu treffen, sondern das Verhalten des Betreuers auf seine Rechtmäßigkeit hin zu überprüfen und möglichst angemessen dem Patientenwillen zur Geltung zu verhelfen.

Beachtlich ist auch, dass es heftige öffentliche Diskussionen um die Formulierung im BGH-Urteil gegeben hat, das Vormundschaftsgericht müsse der Entscheidung des Betreuers gegen eine lebenserhaltende Behandlung zustimmen, wenn feststehe, „dass die Krankheit des Betroffenen einen irreversiblen tödlichen Verlauf genommen hat“. Irritationen wurzelten in unterschiedlichen Interpretationen der Bezeichnung „irreversibler tödlicher Verlauf“. Soweit diese als „akutes Sterben“, „unmittelbare Todesnähe“ oder „Terminalphase“ verstanden wurde, war heftige Kritik an diesem Punkt des Urteils die Folge (wie u.a. in der öffentlichen Tagung des Ethikrats am 11.6.2003). Bei genauer Ansicht des Urteilstextes erweist sich jedoch, wie auch Borasio et

al. (2003) betonen, dass das Kriterium „irreversibler tödlicher Verlauf“ sich auf den Krankheitsverlauf in seiner Gesamtheit bezieht. Das bedeutet u. E., dass sich die Festlegungen des Urteils zur Anrufung des Vormundschaftsgerichtes nur auf Fälle beziehen, bei denen *erstens* medizinische Maßnahmen zwar noch über einen unbestimmt längeren Zeitraum im Sinne einer Verzögerung des Sterbens das Leben erhalten, jedoch keine grundsätzliche Besserung mehr herbeiführen können und *zweitens* eine eindeutige Willenserklärung des Betroffenen über das Beenden oder Nichtbeginnen der lebenserhaltenden medizinischen Behandlungen nicht vorliegt.

Für die Praxis sehr bedeutsam ist, dass der Bundesgerichtshof die Verbindlichkeit der Patientenverfügung besonders unterstrichen hat und dazu eine ausführliche ethische Begründung entwickelt. Eine Patientenverfügung ist rechtsverbindlich und darf nicht unter Berufung auf eine mutmaßliche Willensänderung nach Niederschrift der Verfügung unterlaufen werden.

## **B. Leitlinie Enterale Ernährung. Kapitel Ethische und rechtliche Aspekte – Fassung Februar 2004**

### **Präambel**

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

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

### **Medizinische Grundsätze**

#### **Enterale Ernährung**

Ernährung ist die Zufuhr von Nährstoffen und Flüssigkeit. Wenn die orale Nahrungsaufnahme gestört oder unmöglich ist, kann als ärztliche Maßnahme eine Ernährungssonde gelegt werden oder die übliche Kost mit zusätzlicher Trinknahrung (industriell gefertigte Supplemente) ergänzt werden. Dabei ist das Grundanliegen der enteralen Ernährung und ein Vorzug gegenüber parenteraler Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr, die natürlichen Vorgänge der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme im Gastrointestinaltrakt soweit wie möglich aufrechtzuerhalten.

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

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

### **Anwendung der Sondenernährung**

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

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

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

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

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

### **Aufklärung und Einwilligung des Patienten**

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

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

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

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

### **Umfang der Aufklärung**

Wie bei jeder in die Körperintegrität eingreifenden ärztlichen Maßnahme ist der Patient bzw. der Vertretungsberechtigte über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme einschließlich

möglicher Komplikationen und nicht ausschließbarer Risiken aufzuklären.

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

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

Der Patient bzw. der Vertretungsberechtigte kann auf nähere Aufklärung verzichten. Dieser Aufklärungsverzicht sollte sorgfältig dokumentiert werden.

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

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

### **Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten**

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

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

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

### **Einwilligungssubstitute**

Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten entscheidet der Vertretungsberechtigte, beim nicht einwilligungsfähigen minderjährigen Patienten sind in der Regel die Eltern vertretungsberechtigt.

In Eilfällen, in denen die Entscheidung des Vertretungsberechtigten nicht oder nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, ist der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend. Soweit keine anderen Anhaltspunkte erkennbar sind, gilt „in dubio pro vita“. Im Übrigen ist der mutmaßliche Patientenwille mit großer Sorgfalt zu ermitteln, insbesondere, wenn es um die Beendigung ei-

ner Ernährungstherapie geht. Die Anhaltspunkte für den Willen des Patienten, insbesondere Mitteilungen von Angehörigen, Pflegenden und anderen Zeugen sind vorsorglich zu dokumentieren.

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

Hinsichtlich des beabsichtigten Beendens der Sondenernährung, als dessen Folge der Tod eintreten wird, ist das Vormundschaftsgericht für eine Genehmigung der Entscheidung des Betreuers anzurufen, wenn dagegen der Arzt die Fortsetzung einer Behandlung als indiziert ansieht und eine eindeutige Willensäußerung des Betroffenen aber nicht vorliegt bzw. keine sicheren Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen des Patienten ermittelt werden konnten. Entbehrlich ist die richterliche Prüfung dagegen grundsätzlich: *erstens* wenn unter sämtlichen Beteiligten Einigkeit über den klar ermittelbaren Patientenwillen besteht und *zweitens* in Fällen, wo der Sterbeprozess schon unmittelbar eingesetzt hat. Der Verzicht auf eine gerichtliche Entscheidung kann auch gerechtfertigt sein, wenn die Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes aufgrund des damit verbundenen zeitlichen Aufschubs der Entscheidung das Wohl des Patienten in ärztlich nicht vertretbarer Weise beeinträchtigen würde.

### Medizinisch-ethische Bewertungsmaßstäbe **Die Lebensqualität als Entscheidungskriterium**

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

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

Abgesehen von objektivierbaren subjektiven Indikatoren und messbaren physischen Parametern für Lebensqualität ist die Lebensqualität eine spezifisch individuelle Größe. Belastungen durch die Krankheit und durch Therapiemaßnahmen erhalten im Rahmen des jeweiligen sozialen und emotionalen Befindens eines Patienten unterschiedliches Gewicht.

Bei schwersten Krankheitszuständen und im Sterben kann die Sicherung von Lebensqualität zum alleinigen Behandlungsziel werden und tritt die Sicherung der Lebensdauer und des Überle-

bens als therapeutisches Ziel zurück. Ethischer Maßstab für den Therapieerfolg ist dann einzig das Kriterium „Lebensqualität“. (Der typische Beispielfall für Werteabwägungen – „Lebensdauer versus Lebensqualität“ – ist die Schmerzlinderung mit vermutlich lebensverkürzender Nebenwirkung.)

### **Die ärztliche Verantwortung bei Sterbenden**

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

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

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

### **Ergänzung zum Literaturverzeichnis des Kapitels „Ethische und rechtliche Gesichtspunkte“ Publikationen aus 2003**

- Angus F, Burakoff R. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube. Medical and ethical issues in placement. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98/2: 272–277
- Aschl G, Kirchgatterer A, Allinger S, Hinterreiter M, Hubner D, Kranewitter W, Stadler B, Wimmer L, Knoflach P. Indikationen und Komplikationen der perkutanen endoskopischen Gastrostomie. *Wiener klinische Wochenschrift* 2003; 115/3–4: 115–120
- Deitrich G, Belle-Haeisen J, Mittelstaedt G von. Ist-Analyse der Ernährungssituation von mit PEG-Sonde versorgten älteren Menschen. *Das Gesundheitswesen* 2003; 65/3: 204–209
- Keown J. Medical murder by omission? The law and ethics of withholding and withdrawing treatment and tube feeding. *Clinical Medicine: Journal of the Royal College of Physicians of London* 2003; 3/5: 460–463
- Klose J, Heldwein W, Rafferzeder M, Sernetz F, Gross M, Loeschke K. Nutritional status and quality of life in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in practice: prospective one-year follow-up. *Digestive Diseases and Sciences* 2003; 48/10: 2057–2063
- Kolb C. Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken: PEG-Sonde – ja oder nein? (83 Seiten, graph. Darst.). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2003
- Kolb C. Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG – Ja oder Nein? *Die Schwester Der Pfleger* 2003; 42/6: 434–441
- Lemke R. PEG-Anlage beim einwilligungsunfähigen Patienten. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2003; 128/4: 160
- Liley AJ, Manthorpe J. The impact of home enteral tube feeding in everyday life: a qualitative study. *Health & Social Care in the Community* 2003; 11/5: 415–422
- Loeser C, Herz U von, Küchler T, Rzehak P, Müller MJ. Quality of life and nutritional state in patients on home enteral tube feeding. *Nutrition* 2003; 19/7–8: 605–611
- Mitchell SL, Buchanan JL, Littlehale S, Hamel M. Tube-feeding versus hand-feeding nursing home residents with advanced dementia: a cost comparison. *Journal of the American Medical Directors Association* 2003; 4/1: 27–33

- Mitchell SL, Kiely DK, Gillick MR. Nursing home characteristics associated with tube feeding in advanced cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51/1: 75–79
- Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163/11: 1351–1353
- Niv Y, Abuksis G. Ethical aspects of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. *The Israel Medical Association Journal (IMAJ)* 2003; 5/3: 212–213
- Rothärmel S. Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung; Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten. *Der Internist*, 2004 im Druck
- Sherman FT. Nutrition in advanced dementia. Tube-feeding or hand-feeding until death? *Geriatrics* 2003; 58/11: 10, 12
- Swaroop VS, Bergstrom LR. Percutaneous endoscopic gastrostomy in patients with dementia. *The American Journal of Gastroenterology* 2003; 98/8: 1904 (Comment on Angus/Burakoff)
- Deutsch E. Verfassungszivilrecht bei der Sterbehilfe. *NJW*, 2003: 1567–1568
- Hahne M-M. Zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung. Über die Grenzen von Patientenautonomie und Patientenverfügung (Vortrag beim öffentlichen Forum des Nationalen Ethikrats in Berlin am 11.6.2003). *FamRZ*, 2003: 1619–1622; oder [http://www.ethikrat.org/texte/pdf/FB\\_2003-06-11\\_Hahne.pdf](http://www.ethikrat.org/texte/pdf/FB_2003-06-11_Hahne.pdf)
- Höfling W, Rixen S. Vormundschaftsgerichtliche Sterbeherrschaft? *JZ*, 2003: 884–894
- Hufen F. Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts – zum neuen Sterbehilfe-Beschluss des BGH. *ZRP*, 2003: 248–252
- Kutzer K. Der Vormundschaftsrichter als „Schicksalsbeamter“? Der BGH schränkt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ein. *ZRP-Rechtsgespräch*. *ZRP*, 2003: 213–216
- Plantholz M, Roßbruch R. Hilfsmittel zur Sondenernährung in vollstationären Einrichtungen. *SGB V § 13 Abs. 1 und 3, § 33 Abs. 1, § 34 Abs. 4; SGB IX- 15 Abs. 1 Satz 4; SGB XI § 71, § 72, § 43 Abs. 2, 3 und 5, 43b. PflegeRecht* 2003; 7/1: 21–24
- Putz W, Geißendörfer SE, May AT. Therapieentscheidung am Lebensende – ein „Fall“ für das Vormundschaftsgericht? *Bochum: Medizinethische Materialien des Zentrums für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum*, August 2003; Heft 141, 2. Aufl
- Schnabel U, Spiewak M. Der letzte Wille. *ZEIT-Gespräch mit Wolfgang Putz und Andreas Zieger*. *Die Zeit*, 20.11.2003; Nr. 48: S. 29f.
- Verrel T. Mehr Fragen als Antworten – Besprechung der Entscheidung des XII. Zivilsenats des BGH vom 17.3.2003 über die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen bei einwilligungsunfähigen Patienten. *NStZ*, 2003: 449–453

### Publikationen aus 2003, die BGH-Entscheidung vom 12. März 2003 betreffend

Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W. Neuer Beschluss des Bundesgerichtshofs. Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Vormundschaftsgericht soll in Konfliktlagen entscheiden. *Deutsches Ärzteblatt*, 2003: A2062–2065

Bühler E, Stolz K. Wann hat ein „Grundleiden“ einen „irreversiblen tödlichen Verlauf“ genommen? – Zur Entscheidung des BGH vom 17.3.2003. *FamRZ*, 2003: 1622–1623