

# Nahrungsverweigerung bei geriatrischen Patienten – Formen, Ursachen und Management

M.-D. Heidler

Brandenburg Klinik, Bernau-Waldsiedlung

## Zusammenfassung

Das Verweigern und Ablehnen von Nahrung ist ein häufiges Problem im klinisch-geriatrischen Alltag und kann akut oder chronisch, bewusst oder unbewusst, aktiv oder passiv, verbal oder nonverbal erfolgen. Die zugrundeliegenden Ursachen sind multifaktoriell und umfassen physische, psychisch-kognitive, soziale, kulturelle und religiöse Faktoren. Häufig ist das Motiv einer Nahrungsverweigerung nicht ohne weiteres ersichtlich und bedarf einer umfassenden Abklärung. Wichtig ist insbesondere die Differenzierung hinsichtlich Nichtessenwollen und Nichtessenkönnen, da sich hier entscheidet, ob das Handeln des Personals Unterstützung oder aber Zwangsmaßnahme ist. Zur Vermeidung von Malnutrition sollte rechtzeitig eine künstliche Ernährung in Erwägung gezogen werden.

**Schlüsselwörter:** Nahrungsverweigerung, Malnutrition, Demenz, künstliche Ernährung

## Food refusal in geriatric patients – types, causes, and management

M.-D. Heidler

### Abstract

Food refusal is a frequent problem in clinical geriatric daily routine which can be acute or chronic, conscious or unconscious, active or passive, verbal or nonverbal. The underlying causes are multifactorial and contain physical, psychological, cognitive, social, cultural and religious factors. Often the motive of food refusal is not obvious so that a thorough investigation is necessary. Above all it is crucial to differentiate between patients who are unwilling to eat and patients who are unable to eat. On this basis the staff can conclude whether own acting is assistance or enforcement. To avoid malnutrition artificial nourishment should be taken into consideration in time.

**Key words:** food refusal, malnutrition, dementia, artificial nourishment

© Hippocampus Verlag 2010

## Einleitung

Nahrungsverweigernde geriatrische Patienten bringen Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten relativ rasch in eine moralische Zwangslage, da diese sich einerseits verpflichtet fühlen, den Patienten ausreichend Nahrung zukommen zu lassen, dies aber andererseits gegen den Willen der Patienten tun müssen [6]. In dieser ethischen Konfliktsituation stehen sich zwei Prinzipien gegenüber, und das Team muss eine Entscheidung treffen: Fällt die Entscheidung zugunsten des *Erhalts des Lebens* aus, wird eine Zwangsernährung in Kauf genommen. Entscheidet sich das Team für die *Autonomie des Patienten*, richten sich pflegerische Handlungen nach den (vermuteten) Wünschen des Patienten [1]. In beiden Fällen befindet sich das Personal in einer Double-bind-Situation: Zwar sollen die Patienten am

Leben erhalten werden, gleichzeitig soll ihnen aber kein Schaden zugefügt werden – ein letztlich schwer zu lösendes Dilemma.

### Was ist Nahrungsverweigerung?

Die bewusste Verweigerung von Nahrung ist ein gewaltloses Mittel des passiven Widerstands, allerdings muss eine Person im Hungerstreik den *Grund* ihrer Nahrungsverweigerung verkünden, um aus diesem Verhalten ein Mittel der Beeinflussung zu machen [7]. Bei geriatrischen Patienten ist das Motiv der Nahrungsverweigerung oft unklar, zudem verhalten sich viele Patienten widersprüchlich (sie äußern z.B. den Wunsch nach Nahrung, drehen dann aber den Kopf weg), sodass es schwer ist, ihr verweigerndes Verhalten als bewusst eingesetztes Mittel zu

interpretieren. Für eine angemessene Reaktion auf Nahrungsverweigerung ist also auch entscheidend, *wer* dieses Verhalten zeigt: Ist die verweigernde Person bspw. ein Gefangener im Strafvollzug, besteht von Seiten der Behörden kein Zwang zur Ernährung, da davon auszugehen ist, dass ein Gefangener voll entscheidungsfähig ist. Bei verwirrten oder dementen geriatrischen Patienten kann diese Entscheidungsfähigkeit nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden, sodass ärztliche, therapeutische und pflegerische Zuwendung die Ausübung von Zwang mit einschließt [7]. Was könnten Motive für eine Verweigerung der Nahrung bei geriatrischen Patienten sein? Zu denken wäre an *Protestverhalten*, z. B. als Auflehnung gegen einen patronisierenden Kommunikationsstil der Pflegekräfte und Therapeuten gegenüber den Patienten, oder als Möglichkeit, in einer stark ritualisierten und institutionalisierten Umgebung den *eigenen Willen* zum Ausdruck zu bringen. Nahrungsverweigerung kann zudem ein Mittel sein, um *Zuwendung zu erzwingen*, aber auch Zeichen von *chronischer Müdigkeit* oder *Depression*. Im drastischsten Fall signalisiert Nahrungsverweigerung den Wunsch zu Sterben und stellt eine Art *Suizidversuch* dar [7]. Häufig verhalten sich geriatrische Patienten im klinischen Alltag allerdings nicht absolut verweigernd, wie es zum Beispiel der »Suppenkasper« tut, der sich (im Übrigen auch ohne erkennbares Motiv) innerhalb von fünf Tagen zu Tode hungert [10]. Viele geriatrische Patienten verhalten sich widersprüchlich, d. h. sie zeigen eine diffuse Abwehr, nehmen mal Nahrung zu sich und mal nicht und agieren doppeldeutig (z. B. äußern sie ein Hungergefühl, pressen bei der Nahrungsanreicherung dann aber die Lippen zusammen oder drehen den Kopf weg). Es sollte also unterschieden werden zwischen einer eher absoluten *Nahrungsverweigerung* und einer eher relativen *Nahrungsablehnung*, bei der immerhin noch die Option besteht, dass ein Nahrungsangebot auch angenommen werden kann [7].

### Arten der Nahrungsverweigerung bei geriatrischen Patienten

Die Akzeptanz von Nahrung ist eine komplexe Reaktion, die durch physiologische, psychologische, biochemische, soziale (religiöse, traditionelle, kulturelle) und andere Faktoren bestimmt wird [2]. Nahrungsverweigerung und -ablehnung ist bei Älteren in Pflegeheimen und Krankenhäusern ein durchaus häufiges Verhalten und führt zu Gewichtsverlust, Dehydration und Malnutrition mit allen negativen Folgen für Selbstständigkeit und Lebensqualität [4]. So schwächt bspw. Mangelernährung die Immunabwehr, reduziert das kognitive Leistungsvermögen und erhöht Morbidität und Mortalität [7].

Unterschieden werden muss zwischen *passiver* Verweigerung (Patient isst von alleine nicht oder isst zu wenig) und *aktiver* Verweigerung (Patient presst die Lippen zusammen, spuckt aus, dreht den Kopf weg oder wird aggressiv). Während aktive Verweigerung häufig ein *Nichtessenwollen* signalisiert, kann der passiven Verweigerung ein *Nichtessenkönnen* zugrundeliegen. Im Falle des *Nichtwollens* liegt

## Nahrungsverweigerung

akut vs. chronisch	aktiv vs. passiv	bewusst vs. unbewusst	Nichtwollen vs. Nichtkönnen	verbal vs. nonverbal
--------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	----------------------------

**Abb. 1:** Formen der Nahrungsverweigerung, die gleichzeitig in unterschiedlicher Kombination auftreten und ineinander übergehen können (z. B. als Extremform: akute, bewusste und aktiv-verbale Nahrungsverweigerung bei Nichtwollen).

meist eine *bewusste* Verweigerung vor, mit der ein bestimmtes Ziel erreicht werden soll (z. B. vermehrte Zuwendung, die Verlegung in die Häuslichkeit oder eine Demonstration des eigenen Willens), während *unbewusste* Verweigerung häufig die Folge schwerer kognitiver Beeinträchtigungen und eher Anzeichen eines Nichtkönnens ist, wenn der Patient nicht mehr versteht, was Nahrungsaufnahme bedeutet und wie sie »funktioniert«. Unter Umständen können Nichtessenwollen und Nichtessenkönnen gleichzeitig auftreten (z. B. bei degenerativen Demenzen). Sowohl aktive als auch passive Nahrungsverweigerung können *akut* auftreten oder aber *chronisch* [5]. Vor allem die akute Form führt zu einem raschen Kräfteverfall (Suppenkasperphänomen).

Die Verweigerung kann *verbal* erfolgen (»Nein, gehen Sie weg damit – ich will nichts essen!«) oder *nonverbal* (z. B. durch angeekeltes Verziehen des Gesichts, Wegdrehen oder Schütteln des Kopfes, Zusammenpressen der Lippen, Ausspucken der Nahrung, Wegschlagen von Besteck oder Trinkgefäßen, fehlendem Abschlucken des Bolus oder Wegschieben von Nahrung oder Besteck mit der Zunge). Sowohl verbale als auch nonverbale Abwehr kann mit freundlichem Nachdruck oder Aggressivität erfolgen. Eine Übersicht einiger Formen der Nahrungsverweigerung gibt Abb. 1.

### Mögliche Ursachen der Nahrungsverweigerung

Die Gründe, warum Patienten Nahrung verweigern, sind multifaktoriell [6, 7]. Die wichtigsten Ursachen sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

#### 1. *Physische Ursachen:*

Hierzu gehören chronische Schmerzen, ein im Alter nachlassender Geruchs- und Geschmackssinn, der zu Inappetenz und Altersanorexie führen kann, Multimorbidität mit hochgradiger Pflegebedürftigkeit und zunehmender Abhängigkeit, die zum Verlust von Identität und Autonomie führen, Medikamentennebenwirkungen wie Inappetenz, Übelkeit oder Erbrechen, extreme physische Schwäche, Ermüdbarkeit und fehlende Kraft beim Handtieren mit Besteck oder bei der Mastikation, sodass die Nahrungsaufnahme für den Patienten anstrengend wird, Schmerzen im Mundbereich (Stomatitis, Gingivitis) oder eine altersbedingte Abnahme des Durstgefühls.

## 2. Psychisch-kognitive Ursachen:

Hierzu zählen z.B. sämtliche kognitiven Folgen unterschiedlicher demenzieller Erkrankungen wie dysexekutive Störungen, mangelhaftes Verständnis der Esssituation, Nichtmehrwissen, wie man isst und trinkt, Wahnvorstellungen (z.B. Vergiftungswahn), bizarre Ideen (z.B. dass der Mund zu klein ist oder sich der Darm verschließt), Vergessen der Nahrungsaufnahme, Verkenntung von Nahrung (z.B. als Ungeziefer oder Würmer, sodass diese mit Ekel betrachtet und abgelehnt wird), aber auch Angst vor dem Verschlucken als Folge einer neurogenen Dysphagie.

## 3. Soziale Ursachen:

Patienten können Nahrung verweigern, wenn sie sich vom Personal respektlos behandelt und gemaßregelt fühlen, zu wenig Zuwendung erfahren oder lieblos »abgefüttert« werden. Nahrungsverweigerung kann dann aktiv und bewusst eingesetzt werden, um Aufmerksamkeit zu erhalten oder Autonomie zu demonstrieren. Aber auch das Erleben diverser Verluste kann verweigerndes bzw. ablehnendes Verhalten hervorrufen, z.B. der Verlust des sozialen Umfelds und der Freude am Essen (z.B. bei verordneter Diätkost), der Verlust von Bezugspersonen, von Privatsphäre, von Zuwendung oder von Kommunikationsvermögen.

## 4. Kulturabhängige Ursachen:

Hierzu zählen bspw. sprachliche Barrieren (z.B. wenn der Patient die Situation nicht versteht und/oder nicht verstanden wird). Zudem verringert die Abhängigkeit über Umfang, Zeitpunkt und Ästhetik beim Essen die Lebensqualität und kann Aggressionen auslösen, die sich als Nahrungsverweigerung äußern können – z.B. wenn das Essen unappetitlich aussieht, nicht den individuellen Vorlieben entspricht (»Krankenhauskost«), in Geschirr aus Plastik serviert wird und es strikte institutionelle Vorgaben hinsichtlich Essenszeiten, Nahrungs- und Trinkmenge oder festen (z.B. unsympathischen) Tischnachbarn gibt.

5. *Religiöse Ursachen:* Auch religiöse Gründe können Nahrungsverweigerung auslösen, z.B. wenn unerlaubte Speisen angeboten werden, Nahrungsaufnahme als Sünde betrachtet wird oder das Essen während der Fastenzeit serviert wird.

Meist kommt es zu einer Verkettung mehrerer Faktoren, die häufig schwer zu eruieren sind. Besonders gefährdet sind multimorbide Patienten, die zunehmend pflegeabhängiger werden, zahlreiche Verluste erleiden (Versterben von Bezugspersonen, schrumpfendes soziales Netz, abnehmende Bewegungs- und Kommunikationsfähigkeit, geringe Ästhetik beim Essen und Trinken etc.) und für die Nahrungsverweigerung unter Umständen die einzige noch verbleibende Möglichkeit darstellt, um Emotionen und Autonomie auszudrücken [7]. Häufig gibt es ein bestimm-

tes **Schlüsselereignis** (häuslicher Unfall, Erstickungsanfall, Umzug ins Pflegeheim, Zwangsernährung, Fixierung am Bett), welches nahrungsverweigerndes Verhalten auslöst und die Kaskade von Malnutrition, Dehydrierung und Zwangsernährung in Gang setzt.

## Management der Nahrungsverweigerung bei geriatrischen Patienten

Nahrungsverweigerung sollte möglichst nicht durch Zwangsernährung »therapiert« werden, vielmehr sollte die Ergründung der Ursachen Priorität haben. Dies ist jedoch leichter gesagt als getan, da die Gründe oft nicht ohne weiteres erkennbar sind und viele Patienten über ihre Motive keine Auskunft geben können oder wollen.

Besonders bedeutsam für das Management der Nahrungsverweigerung ist die Unterscheidung zwischen *Nichtkönnen* und *Nichtwollen*, da sich hier entscheidet, ob die eingeleiteten Maßnahmen jemanden *bei der Nahrungsaufnahme unterstützen* oder aber ihn *zwangsernähren*. Im ersten Fall können Therapeuten und Pflegekräfte sich ohne ethische Bedenken um die »Speisung der Kranken« kümmern, während eine Zwangsernährung bei Nichtwollen beim Personal zu dem eingangs beschriebenen moralischen Dilemma führt. Neben dem ethischen Konflikt führt ein Nichtwollen des Patienten häufig auch zu aggressiven Verhaltensweisen des Personals. Diese Verhaltensweisen (z.B. ein autoritärer und patronisierender Kommunikationsstil, eine Nahrungsanreicherung im Stehen, die wenig Zeit signalisiert oder eine zu rasche Nahrungsgabe, die zum Verschlucken führen kann) können wiederum das verweigernde Verhalten des Patienten verstärken. Vor allem Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne (z.B. das Zuhalten der Nase, damit der Mund geöffnet wird, das Einspritzen von Flüssigkeit durch Zahnlücken oder das Festhalten von Kopf und Händen) kann bei Patienten (nachvollziehbare!) Aggressionen und Wut auslösen und dazu führen, dass aus Protest nicht nur die Nahrungsaufnahme, sondern auch andere Tätigkeiten verweigert werden [11].

Problematisch ist vor allem der Umgang mit Demenzpatienten, die häufig kein Verständnis für die Situation der Nahrungsaufnahme haben und sich selbst unter Umständen nicht als hilfsbedürftig wahrnehmen. Solche Patienten reagieren sehr empfindlich auf jedwede Art von Bevormundung, sodass hier verbale Aufforderungen (»Bitte trinken Sie das Glas leer!«) fraglich effektiv sind. Aber auch wenn abwehrendes und verweigerndes Verhalten bei dementen Patienten als zum Krankheitsbild zugehörig anerkannt werden muss, bedeutet dies nicht, dass damit auch ärztlich-pflegerische Notwendigkeiten ungültig sind: Es muss zwar akzeptiert werden, dass Demenzpatienten sich nicht aufzwingen lassen, wann sie wie viel Nahrung zu sich nehmen, gleichzeitig muss jedoch eine ausreichende Einfuhr sichergestellt werden, die auf eine für den Patienten akzeptable Art und Weise zu erfolgen hat. Hier können durchaus ein paar Tricks angewendet werden, die den Patienten ohne Zwang und möglichst unauffällig zum Essen

Ineffektives Verhalten	Fraglich effektives Verhalten	Effektives Verhalten
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nicht genügend Zeit lassen bei der Nahrungsanreicherung</li> <li>■ Anreicherung an unqualifiziertes und wechselndes Personal delegieren</li> <li>■ Zwangsmaßnahmen (Schnabelbecher kippen, damit es schneller geht, Kopf und Hände festhalten bei Abwehrverhalten), Vernachlässigung der Mundpflege</li> <li>■ Brille, Hörgerät, Zahnprothese vergessen</li> <li>■ Essen im Bett</li> <li>■ Autoritärer Kommunikationsstil (»Mund auf! – Schlucken!«)</li> <li>■ Kaltes Essen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verbale Aufforderung zum Weiteressen</li> <li>■ Locken mit Süßspeisen</li> <li>■ Mit dem Löffel auf die Unterlippe tippen als Aufforderung zur Mundöffnung</li> <li>■ Essen soll »probiert« werden</li> <li>■ Aktivierung über Vormachen der Ess- und Trinkmimik</li> <li>■ Überlisten, Täuschen und Austricksen (z. B. aufs Kiefergelenk drücken zur Initiierung einer Mundöffnung, Fragen stellen und beim Öffnen des Mundes Nahrung einführen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Patient sollte möglichst selbst entscheiden, wann, was, wie, wo und mit wem er essen möchte</li> <li>■ Zeit lassen und Ruhe ausstrahlen</li> <li>■ Kein Drängeln, Überreden oder Überlisten</li> <li>■ Möglichst stabile Person, die anreicht und neben dem Patienten sitzt (nicht steht!)</li> <li>■ Patient herrichten und im Speiseraum essen lassen, damit Nahrungsaufnahme Ästhetik und Atmosphäre hat</li> <li>■ Nahrungspräferenzen und -aversionen berücksichtigen</li> </ul>

Tab. 1: Effektive und ineffektive Verhaltensweisen im Umgang mit nahrungsverweigernden Patienten

und Trinken anregen, z.B. durch Zuprosten oder Fragen nach Geschmack und Temperatur [14].

Im Falle des Nichtessenkönnens bei Demenzpatienten sind taktile Reize am effektivsten (z. B. die Hand des Patienten zum Mund führen), während verbale Aufforderungen meist wenig hilfreich sind [16]. Hier ist vor allem die Gestaltung und Strukturierung der Umgebung von Bedeutung: Günstig sind möglichst flexible Essenszeiten (in Krankenhäusern oft schwer umsetzbar), eine ansprechende Gestaltung der Speiseräume, Selbstbedienung »aus dampfenden Schüsseln« und ein Nacheinanderservieren der einzelnen Gänge, da Demenzpatienten sonst durch die Vielfalt des Speisenangebots überfordert sind.

Einige effektive und ineffektive Verhaltensweisen im Umgang mit nahrungsverweigernden Patienten sind in Tab. 1 zusammengestellt.

### Ist künstliche Ernährung ein Ausweg?

Die Ernährung via nasogastrale Sonde oder PEG wird von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten häufig als Notmaßnahme angesehen und mit einem Verlust von Lebensqualität assoziiert, da der Patient zwar Nährstoffe zugeführt bekommt, ihm jedoch das Lustempfinden der normalen oralen Nahrungsaufnahme vorenthalten wird [7]. Fraglich ist, ob diese Prämissen hier zutreffen: Zum einen scheinen die Patienten die Freude am Essen bereits verloren zu haben – warum würden sie die Nahrung sonst verweigern? Zum anderen kann bei einer physisch verursachten Nahrungsverweigerung (z.B. bei allgemeiner Schwäche infolge Malnutrition) eine vorübergehende künstliche Ernährung das Problem unter Umständen beheben und somit eine orale

Nahrungsaufnahme erst wieder ermöglichen. Künstliche Ernährung kann also durchaus Patienten und Personal mehr Lebensqualität ermöglichen – z. B. im Hinblick auf die Prävention von Mangelernährung oder die (zwanglose) Sicherstellung einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme.

Problematischer ist die Diskussion um künstliche Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener degenerativer Demenz. Aufgrund der aktuellen Datenlage gibt es zwar keine Evidenz, dass eine künstliche Ernährung via PEG bei solchen Patienten die Überlebenszeit verlängert, die Lebensqualität verbessert oder Malnutrition verhindert. Allerdings kann daraus auch nicht geschlossen werden, dass künstliche Ernährung generell bei solchen Patienten keinen Nutzen bringt [15]. Außerdem muss bedacht werden, dass nahrungsverweigernde Patienten für Pflegekräfte sehr demotivierend sind, da das ablehnende Verhalten als persönliche Zurückweisung empfunden werden kann, die verweigernden Patienten sehr zeit- und ressourcenaufwändig sind und den institutionellen Arbeitsablauf stören. Künstliche Ernährung kann unter diesem Blickwinkel durchaus dazu dienen, dass die Nahrungsaufnahme sowohl für Patienten als auch für das Personal nicht zur Qual wird.

### Fazit und Ausblick

Das Verweigern oder Ablehnen von Nahrung ist ein häufiges Phänomen bei geriatrischen Patienten, deren Ursachen oft nicht ohne weiteres ersichtlich sind. Oft ist es schwer, Nahrungsverweigerung einerseits von Inappetenz abzugrenzen (z. B. wenn der Patient kein eindeutiges Abwehrverhalten zeigt) sowie andererseits Nichtessenwollen von Nichtessenkönnen zu differenzieren [9]. Pasman et al. (2003) konnten zeigen, dass selbst erfahrenes Pflegepersonal ablehnendes Essverhalten bei denselben Patienten völlig unterschiedlich interpretiert [13]. Wenn aber keine sichere Unterscheidung zwischen Nichtwollen und Nichtkönnen möglich ist, kann auch das Personal sein eigenes Handeln nicht sicher hinsichtlich »Zwangsfüttern« oder »dem Patienten helfen« einordnen, was zu moralischen Konflikten führen kann [12].

Übergreifendes Ziel beim Management von Nahrungsverweigerung ist die Sicherstellung einer ausreichenden Nahrungsaufnahme unter Achtung der Menschenwürde [14]. Dabei ist so lange wie möglich eine orale Zufuhr anzustreben – wenn diese verweigert wird, müssen physische, psychische, soziale, kulturelle und religiöse Ursachen abgeklärt werden, um angemessen handeln zu können. Meist wirken mehrere Faktoren zusammen, z. B. kognitive Störungen (fehlender Wille und/oder Antrieb zur Nahrungsaufnahme, Halluzinationen wie Vergiftungswahn oder eine Stimme, die die Nahrungsaufnahme verbietet etc.), physische Störungen (neurogene Dysphagie, medikamenteninduzierte Inappetenz, Geschmacks- und Geruchsveränderungen oder -verlust) und/oder motorische Störungen (z. B. bei Morbus Parkinson oder Morbus Huntington).

Meist ist eine eindeutige Ursache für nahrungsverweigerndes Verhalten nicht ohne weiteres erkennbar und das

Personal befindet sich in dem moralischen Konflikt, die lebensbedrohlichen Konsequenzen einer zu geringen Einnahme abwenden zu müssen, ohne aber Gewalt und Zwang anwenden zu dürfen. In der geriatrischen Versorgung stellt sich an diesem Punkt die Frage nach einer künstlichen Ernährung, die zwar nicht aus Gründen der Zeit-, Personal- und Kostenersparnis erfolgen darf [8], aber auch nicht verweigert werden sollte, nur weil das Personal befindet, dass sie die Lebensqualität vermindert. Wenn nach den Prinzipien des Wohltuns, des Nicht-Schadens und der Autonomie [3] gehandelt wird, kann künstliche Ernährung durchaus angemessenes Handeln bei Nahrungsverweigerung sein, wenn sie mehr Nutzen als Schaden bringt.

## Literatur

1. Åkerlund BM, Norberg A. Eine ethische Analyse von »double-bind«-Konflikten bei Pflegenden, die schwer dementen Patienten das Essen eingeben müssen. *Pflege* 1993; 6: 45-48.
2. Beattie BL, Louie VY, Dwyer J. Nutrition and Health in the Elderly. In: Reichel W (Ed): *Care of the Elderly. Clinical Aspects of Aging*. Williams & Wilkins, Baltimore et al. 1995, 223-243.
3. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th Edition. Oxford University Press, New York et al. 2001.
4. Berry EM, Marcus EL. Disorders of eating in the elderly. *J Adult Dev* 2000; 7: 87-99.
5. Bopp L. Über Nahrungsverweigerung Geisteskranker. Inaugural-Abhandlung, Würzburg 1866.
6. Borker S. Akute und chronische Nahrungsverweigerung. *Heilberufe* 2002; 4: 32-33.
7. Borker S. Nahrungsverweigerung in der Pflege: Eine deskriptiv-analytische Studie. Huber, Bern 2002.
8. Brüggemann J, Jung C, Kreck C, Kurzmann K, Lucke M, Schulte C, Wermann OR. Grundsatzstellungnahme: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. [www.lippe.de/new/formulare/print/Ernaehrung.pdf](http://www.lippe.de/new/formulare/print/Ernaehrung.pdf), 2003.
9. Heidler MD. Kognitiv bedingte Dysphagien in der Geriatrie – ein Fall für die Sprachtherapie? *LOGOS Interdisziplinär* 2009; 17: 36-44.
10. Hoffmann H. *Der Struwelpeter oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren*. Rütten & Loening, Frankfurt am Main 1858.
11. Kayser-Jones J, Schell E. The mealtime experience of a cognitively impaired elder: ineffective and effective strategies. *J Gerontol Nurs* 1997; 23: 33-39.
12. Norberg A, Bäckström A, Athlin E, Norberg B. Food refusal amongst nursing home patients as conceptualized by nurses' aids and enrolled nurses: an interview study. *J Adv Nurs* 1988; 13: 478-483.
13. Pasma HR, The BA, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G, Ribbe MW. Feeding nursing home patients with severe dementia: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2003; 42: 304-311.
14. Rath B. Dehydrationsprophylaxe bei demenzkranken Menschen im Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar. [www.alzheimer-gesellschaft-mittelhessen.de](http://www.alzheimer-gesellschaft-mittelhessen.de), 2005.
15. Synofzik M. PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenzgestützte ethische Analyse. *Nervenarzt* 2007; 78: 418-428.
16. Wagener R, Berkemeyer C, Hock G, Schendier A, Winterberg C, Ulmer EM. Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. Eine Interaktionsstudie. *Pflege* 1998; 11: 89-95.

## Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

## Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Maria-Dorothea Heidler  
Brandenburg Klinik  
Haus Havelland, Neuro 4  
Brandenburgallee 1  
16321 Bernau-Waldsiedlung  
E-mail: [heidler@brandenburgklinik.de](mailto:heidler@brandenburgklinik.de)