

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 5 (2000)

Heft: 4

Artikel: Dehydratation bei Sterbenden : Erkennen - Benennen - Lindern

Autor: Vogel, Beat

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091769>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Seit Erscheinen der ersten Publikationen zur terminalen Dehydratation Anfang der Achtzigerjahre wurden einige Studien veröffentlicht, welche mehr Klarheit in diese bis heute emotional geführte Debatte brachten. Der vorliegende Text behandelt die Literatur der letzten fünf Jahre und setzt sie in Bezug zu früheren Arbeiten und eigenen Erfahrungen. Dabei wird der physiologische Aspekt um emotionale, soziale und spirituelle Aspekte ergänzt. Gefragt wird auch nach der besonderen Bedeutung der terminalen Dehydratation und nach den unterschiedlichen Bedürfnissen und Motivationen, welche das Denken und Handeln von Behandlungsteam, Angehörigen und Patient beeinflussen.

Die Betrachtung der Befunde und Symptome zeigt ein buntes Bild der terminalen Dehydratation. Nicht einzelne Aspekte wie zum Beispiel der Durst lassen eine Diagnose zu. Erst eine bestimmte Anordnung von Symptomen und Hinweisen gibt die Grundlage zur richtigen Behandlung.

Das routinemässige Verabreichen von künstlicher Flüssigkeit ist nicht angezeigt. Die Mundtrockenheit und der Durst lassen sich durch eine angemessene Befeuchtung mit dem Lieblingsgetränk effizienter behandeln als mit einer Infusion. Bei Unruhe und Verwirrung hingegen könnte der Versuch einer Rehydrierung sinnvoll sein. Methode der Wahl ist dabei die subcutane Infusion, welche komplikationslos und einfach zu handhaben ist.

Bei der Entscheidungsfindung ist den Wünschen der Betroffenen und den Sorgen der Angehörigen besondere Beachtung zu schenken, denn das Trinken bedeutet für die Menschen weit mehr als Flüssigkeitszufuhr.

Beat Vogel*

Dehydratation bei Sterbenden Erkennen – Benennen – Lindern

Einleitung

Wieviel Flüssigkeit brauchen Sterbende? Ist die terminale Dehydratation Ausdruck des normalen Sterbeprozesses oder als Komplikation zu betrachten, die mit einer Infusion einfach zu behan-

**Beat Vogel, dipl. Krankenpfleger, HöFa 1 Onkologie
Programmverantwortlicher «Begleitung in der letzten Lebensphase»
Caritas Schweiz*

deln ist? Seit Ende der Achtzigerjahre, da ich diese Diskussion beobachte, ist bei Pflegenden und Ärzten ein Einstellungswandel zu beobachten: Infusionen bei Sterbenden werden auch in Spitälern nicht mehr routinemässig verabreicht und in vielen Pflegeheimen gelten Mundbefeuchtung und gute Information der Angehörigen als Standardbehandlung.

Der vorliegende Text geht der Frage nach, welche Bedeutung die terminale Dehydratation über den physischen Aspekt hinaus für Patient, Familie und Pfl egeteam hat und weshalb das Thema so oft Anlass für Widersprüche, Missverständnisse und Schuldzuweisungen ist. Die Offenlegung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Argumente der involvierten Personen soll Voraussetzungen schaffen für ein besseres gegenseitiges Verständnis im Interesse des Wohlbefindens des betroffenen Patienten und seiner mitbetroffenen Familie.

Die verarbeitete Literatur stammt aus einer Recherche von Medline, Nursing and Allied Health, Psyc. Abstracts und Alternative Medicine der letzten fünf Jahre. Arbeiten zur terminalen Dehydratation werden vorwiegend in angelsächsischer Sprache publiziert. Mit der Übertragung in den deutschen Sprachraum hoffe ich zu einer differenzierten Diskussion und sorgfältigen Entscheidungsfindung in unseren Spitälern, Heimen und in der spitalexternen Betreuung beizutragen.

Wasser ist Leben

Das Phänomen der terminalen Dehydratation verweist auf die Endlichkeit des Lebens. Seine Betrachtung ist deshalb die Beschäftigung mit dem Leben und dem Sterben. Aus der Sicht der Angehörigen und des Betreuungsteams ist die abnehmende Trinkmenge des Patienten Zeichen des Rückzugs von einer der zentralsten Lebensaktivitäten und Hinweis auf den sicheren Tod, sobald gar keine Flüssigkeit mehr eingenommen wird. Hier mag sich die Frage stellen, was denn der Tod bedeutet, oder er Übergang in ein anderes Dasein ist, wie es beispielsweise Hess (1993) in einer einschlägigen Betrachtung zur terminalen Dehydratation nennt: «Geburt und Tod sind Orte der Wandlung. Die Gesetze sind vorher und nachher nicht die gleichen». Was immer wir Menschen über dieses Nachher empfinden: Im Angesicht des Sterbens fragen wir uns, woher

wir kommen, wer wir sind und wohin wir gehen. So stellt sich die Frage, welche Aufgabe die Medizin an der Schwelle zum Tod hat. Wie lange und mit welchen Mitteln muss und kann sie das Leben gegen den Tod verteidigen? Ohne diese umfassend beantworten zu wollen sei festgestellt, dass die Medizin sich spätestens an diesem Punkt nicht allein auf den physischen Befund konzentrieren kann.

Akut krank oder sterbend?

Obwohl sich die Diskussion um die terminale Dehydratation auf Patientinnen und Patienten bezieht, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, ist dennoch folgende Differenzierung nötig: Ist die Dehydratation Folge einer Krise, welche durch eine adäquate Behandlung überwunden werden kann (z.B. Diarrhöe, Infekte, Hyperkalzämie etc.) oder ist sie Teil des Sterbeprozesses. Mit anderen Worten: Geht es um eine akute Erkrankung oder um das Sterben? Parkash und Burge (1997) beschreiben drei mögliche Formen, in denen eine künstliche Flüssigkeitszufuhr zur Diskussion steht. Nämlich dann, wenn

- a) der Patient aufgrund einer Krise zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt,
- b) er wegen des nahenden Todes immer weniger trinkt,
- c) er nicht unmittelbar sterbend ist, aber unter Symptomen leidet, die eine Dehydratation vermuten lassen.

Der Ort der Behandlung bestimmt die Art der Behandlung

Die terminale Dehydratation wird in unterschiedlichen Settings jeweils anders gewichtet. Während Menschen zu Hause in der Regel ohne Infusion sterben, wird in Spitälern selten auf eine Infusion verzichtet. Die Alters- und Pflegeheime orientieren sich in der Schweiz nach meiner Kenntnis weit mehr am «zu Hause» als an den Spitälern. Während die Hospize in den angelsächsischen Ländern früher die terminale Dehydratation prinzipiell nicht mit künstlicher Flüssigkeitszufuhr behandelten, wird diese Frage in jüngster Zeit kontrovers diskutiert. Ein kanadisches Hospizteam um Bruera et al. (1995) hielt

fest, dass eine terminale Dehydratation bei einigen terminalen Krebskranken die Ursache für Verwirrtheit sein kann, besonders wenn diese mit Opiaten behandelt werden. Sie praktizieren deshalb eine mässige Flüssigkeitszufuhr bei sorgfältig ausgewählten Patienten mit verschiedenen Formen der Hyperdermoclysis (subcutane Infusion).

Symbolik des Trinkens

Essen und Trinken anzubieten ist in allen Kulturen Ausdruck der Fürsorge und der Gastfreundschaft. Dieses tief verwurzelte Bedürfnis hat möglicherweise auch in der Medizin dazu geführt, unter allen Umständen und mit jeglicher zur Verfügung stehender Technologie für Flüssigkeit zu sorgen (Burge 1996). Wird dies nicht getan, fühlen sich Angehörige schuldig, die Pflege für ihren Kranken vernachlässigt zu haben oder sie beschuldigen das Behandlungsteam. So zeigte Burge früher (1993), dass in Spitälern der Wunsch der Angehörigen für eine Infusion die zweithäufigste Indikation für diese Therapie war. Ist die Behandlung der terminalen Dehydratation mittels Infusion in Spitälern also vorwiegend ein symbolischer Akt, ein Ritual, mit welchem Fürsorge und Mitgefühl ausgedrückt werden soll? Oder wie es Zerwekh (1997) ausdrückt: «fehlgeleitete Barmherzigkeit» (misguided mercy)? Schliesslich liegt bei der künstlichen Flüssigkeitsgabe nicht selten das Missverständnis vor, die Infusion diene der Ernährung. So vertreten laut einer japanischen Studie mehr als drei Viertel der befragten Patienten und Familienmitglieder die Auffassung, ohne künstliche Rehydrierung sei die Ernährung nicht genügend gewährleistet (Morita et al. 1999).

Terminale Dehydratation – ein Exempel an palliative care

Anhand der terminalen Dehydratation habe ich in den letzten Jahren die Facetten der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung in Workshops aufgezeigt. Mittels dieser Thematik lassen sich die physischen Aspekte des Sterbeprozesses (Erkennen und Lindern von Symptomen) wie auch das seelische Befinden des Betroffenen aufzeigen (Essen und Trinken führen oft zu emotionalen Äusserungen). Die Ängste und Bedürfnisse der

Angehörigen (Informationsbedürfnis und Gesprächsbereitschaft) werden sichtbar, wenn ihr Patient nicht mehr trinkt. Am Beispiel einer allfälligen Rehydrierung lässt sich darstellen, wie die Autonomie des Patienten gewahrt werden kann.

Schliesslich ist die Problematik der terminalen Dehydratation geeignet um aufzuzeigen, wie das Behandlungsteam im Interesse des Betroffenen und seiner Familie in der Entscheidungsfindung zusammenarbeiten kann. Jede Beschäftigung mit dieser Thematik ist gleichzeitig eine Auseinandersetzung mit Palliativpflege. In diesem Sinne liegt mir diese Diskussion am Herzen. Das Interesse der Forschung und der Praxis an diesem kleinen und scheinbar unbedeutenden Aspekt verweist auf die Bedeutung von palliative care in unseren Institutionen und in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal.

Die Bedürfnisse der Betroffenen

Die Behandlung der terminalen Dehydratation zielt nicht allein auf die Stillung der Bedürfnisse des Patienten. Nach meinem Ermessen ist es für die Einschätzung jeder einzelnen Situation wertvoll, die Anliegen des Behandlungsteams (hier wird nur auf Pflege und Arzt/Ärztin eingegangen), aber insbesondere die Sorgen der Familienmitglieder aufzudecken. Die folgenden Ausführungen sind nicht abschliessend. Sie verstehen sich als Anregung für die Einschätzung einer konkreten Sachlage.

Menschen haben auch in ihrer letzten Lebensphase den Wunsch, selber zu entscheiden. Sie müssen jedoch angemessen informiert sein, um einer Therapie zuzustimmen oder sie ablehnen zu können (informed consent bzw. informed decision). Zudem müssen sie urteilsfähig sein, damit ihre Entscheidung gilt. Zunehmend werden Wünsche über die Behandlung und Betreuung im Sterben in einer Patientenverfügung festgelegt. Ein solches Dokument dient dem Arzt als Hilfe bei der Ergründung des mutmasslichen Patientenwillens, gemäss dem er nach geltendem Recht zu entscheiden hat, wenn der Betroffene nicht mehr urteilen kann. Die oben erwähnte japanische Studie zeigt, dass die Hälfte der involvierten Patienten aufgrund von Verwirrung und Demenz in der Frage der Rehydrierung nicht mehr urteilsfähig waren. Sie konnten somit nicht

selber entscheiden (Morita et al. 1999).

Schwerkranke möchten ihre letzten Tage möglichst beschwerdefrei verbringen können. Sie möchten umsorgt sein und sich sicher fühlen. Sie wollen nicht zur Last fallen. Sie möchten sich mitteilen können und sind unter anderem auf Mundverhältnisse angewiesen, welche die Kommunikation erlauben.

Die Motive der Angehörigen

Familienmitglieder und andere Angehörige haben das Bedürfnis, ihren Kranken angemessen mit Essen und Trinken zu versorgen. Davon zeugen unter anderem die Schilderungen nach dem Tod eines Menschen, die sich auf Nahrung und Flüssigkeit beziehen («er hat noch ein Joghurt gegessen und einen Schluck Tee getrunken, dann...»). Zu Trinken geben gilt als Zeichen der Fürsorge. Angehörige möchten nichts unterlassen, das dem Wohlbefinden hätte zuträglich sein können. Und bestimmt wollen sie sich nicht dem Vorwurf aussetzen, sie hätten ihren Schützling verdursten lassen.

Familienmitglieder wollen mitentscheiden, wenn es um Massnahmen der Rehydrierung geht. Dazu brauchen sie die notwendigen Informationen von Pflegenden und Ärzten. Sie müssen über Vor- und Nachteile einer Infusion im Bilde sein und alternative Behandlungs- oder Pflegemöglichkeiten kennen. Schliesslich wollen sie den Sterbeprozess durch das Unterlassen einer Rehydrierung nicht beschleunigen (Morita et al. 1999).

Die Ziele der Behandelnden

Ärzte sorgen sich in erster Linie um das körperliche Wohl ihrer sterbenden Patienten. Ihr Bedürfnis weist tendenziell in die Richtung, Komplikationen vorbeugen und Symptome wirkungsvoll lindern zu wollen. Die Behandlung soll zudem niemals schaden. Ärztinnen und Ärzte stehen zunehmend auch vor der Notwendigkeit, alles in ihrer Macht stehende zu tun, um sich gegen Klagen und Schuldzuweisungen abzusichern. Möglicherweise wird eine Infusion deshalb gelegentlich verordnet, um zu zeigen, dass medizinisch etwas getan wird. Tatsächlich wird das Fehlen einer Infusion in Spitälern von Angehörigen oft als Vernachlässigung empfunden.

Pflegende übernehmen gemäss ihrem Auftrag

stellvertretend für Patient oder Angehörige die Nahrungs- und Flüssigkeitsgabe. An ihnen liegt es, die Mundverhältnisse im Auge zu behalten, damit dies geschehen kann. Gesunde Mundverhältnisse sind zudem Voraussetzung für die verbale Kommunikation. Pflegende haben das Bedürfnis, im Interesse des Patienten zu handeln. Nicht selten bezeichnen sie sich als «Anwälte des Patienten». Damit ist u.a. gemeint, dass sie die Interessen gegenüber Arzt und Angehörigen vertreten. Pflegende wollen in der Regel das Leben nicht unnötig verlängern. Sie sind eher kritisch gegenüber medizinischer Technologie am Lebensende eingestellt und ziehen es vor, statt dessen Zeit für Gespräche zu haben. Es gehört zu ihrem beruflichen Selbstverständnis, auf emotionale und spirituelle Bedürfnisse einzugehen. Ein Sterben in Würde ist ihnen ein erklärtes Anliegen. Sie sind bereit, gegen sinnlos empfundene Behandlungen zu kämpfen.

Die verschiedenartigen Bedürfnisse der beteiligten Personen und Gruppen in einer terminalen Situation zeigen die unterschiedlichen Rollen der Beteiligten auf. Die Äusserung ihrer Meinung und deren Begründung bilden die Voraussetzung für eine von allen nachvollziehbare Entscheidung. Fehlt die Bereitschaft oder die Möglichkeit dazu, führt dies zu Konflikten, die nicht selten zu Lasten der Lebensqualität des Patienten gehen.

Terminale Dehydratation – eine Komplikation mit wenig Leiden verursachenden Symptomen

In den letzten Jahren hat sich der Begriff der terminalen Dehydratation etabliert. Dabei wird in Bezug auf die Flüssigkeitsaufnahme die spezifische Situation des sterbenden Menschen betrachtet. Die Symptome dieser Differenzialdiagnose sind inzwischen durch Studien erhoben und beschrieben worden. Heute ist eine differenzierte Diskussion bei der Entscheidungsfindung möglich, die auf den realen Gegebenheiten beruht und nicht auf einem Bild der Dehydratation, wie sie beim gesunden Menschen in akuter Krise vorkommen würde.

In den mir bekannten Studien der letzten fünf Jahre besteht Einigkeit darin, dass die terminale Dehydratation im Gegensatz zu ihrer akuten Form eine Komplikation mit wenig Leiden verursachenden Symptomen ist, die meist mit einfachen Mitteln zu behandeln sind. Gelegentlich wird sie nicht einmal als Komplikation, sondern als Aus-

druck eines normalen Sterbeprozesses betrachtet.

Zu den Symptomen und Befunden hat das kanadische Hospice Care Team um Fainsinger und Bruera (1997) die verlässlichsten Aussagen gemacht. Sie stellen fest, dass sich die Laborbefunde verschiedener Studien widersprechen. Ihre eigenen Untersuchungen weisen auf eine Verbesserung der Laborwerte bei Patienten hin, die mittels Subcutaninfusion rehydriert wurden.

Steiner und Bruera (1998) beschreiben die Konsequenzen der Dehydratation bei terminalen Krebspatienten als das Zusammenspiel von

- a) physischen (trockene Schleimhäute, reduzierter Hautturgor, reduziertes Schwitzen, Hypotension, Tachykardie, Oligurie),
- b) symptomatischen (Durst, trockener Mund, zunehmende Schwäche, Bewusstlosigkeit, Muskelkrämpfe, Nausea, Fieber, Obstipation) und
- c) biochemischen Befunden (erhöhte Werte von Plasmaprotein, Hämatokrit, Natrium, Kreatinin).

Sie räumen ein, dass jedes einzelne dieser Symptome von der Grundkrankheit (z.B. verminderter Hautturgor durch Abmagerung und Alter), dem Allgemeinzustand (z.B. Schwäche) oder durch die Behandlung (z.B. Mundtrockenheit durch Opiate) bedingt sein kann. Sie betonen deshalb, dass bei sterbenden Patienten die Diagnose einer Dehydratation von einer bestimmten Konstellation der Symptome, klinischen Befunde und Laborwerte abhängt.

Verschiedene Autoren haben gezeigt, dass Durst und trockener Mund bei terminal Kranken nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Menge der eingenommenen Flüssigkeit stehen (u.a. Burge 1993). Mit anderen Worten: Ob jemand viel oder wenig Flüssigkeit zu sich nimmt, hat keinen Einfluss auf das Durstempfinden. Folglich eignet sich für die Linderung von Mundtrockenheit und Durst bei terminaler Dehydratation die künstliche Flüssigkeitszufuhr nicht. Linderung erfolgt durch die Mundbefeuchtung. In diesem Punkt besteht Einigkeit.

Rehydrierungsgrund: Verschlechterung des kognitiven Status

Fainsinger und Bruera konzentrieren sich auf den kognitiven Status, der durch eine unbehandelte

terminale Dehydratation beeinträchtigt sein kann. Zur Vorbeugung und Behandlung von Verwirrung und Agitation, insbesondere bei der Behandlung mit Opiaten, praktizieren sie deshalb in ausgewählten Fällen eine Rehydrierung. In einer retrospektiven Studie haben sie gezeigt, dass die von ihnen behandelten Patienten seitdem weniger agitiert und verwirrt waren. Der Gebrauch von Medikamenten zur Sedation war zurückgegangen.

Kühle Linderung

Palliative care will störende Symptome lindern und lässt sich eher vom Befinden der Patientin und des Patienten also von biochemischen Befunden leiten.

Die effizienteste Linderung von Mundtrockenheit und Durst geschieht mit häufiger Gabe jeder Art von Getränken, die der Betroffene mag. Dabei sind Einfachheit und Kreativität gefragt: Eingeben mit dem Teelöffel, mit einer Plastikpipette den Mund befeuchten, Eismöckchen auf die Zunge legen, Stieleis anbieten etc.

Für die Linderung von Durst und Mundtrockenheit ist nicht die Menge der zugeführten Flüssigkeit entscheidend, sondern die Häufigkeit: Es muss immer dann geschehen, wenn Lippen und Mund trocken sind oder der Patient es wünscht. Schon der Kontakt der Mundhöhle mit Flüssigkeit löscht den Durst. Nachhaltiger ist die Wirkung, wenn die Flüssigkeiten hypotonisch und kühl sind (Brunner.1993). Allerdings wäre es falsch, deshalb immer kühle Substanzen zu bevorzugen. Besser ist es, sich von den geäußerten oder vermuteten Bedürfnissen des Patienten leiten zu lassen.

Ein gewaltsames Vorgehen ist wie Einbruch

Häufige Mundbefeuchtung macht eine menschliche Begleitung notwendig. Dafür kommen Angehörige und freiwillige Begleiterinnen in Frage. Gerade die Familienmitglieder sind erfahrungsgemäss froh, wenn sie diesen Dienst tun können, da es ihnen ein Anliegen ist, ihren Patienten nicht verdursten zu lassen. Mit der nötigen Anleitung kann ihnen die aktive Fürsorge gezeigt und die Wirksamkeit der Befeuchtung vor Augen geführt werden (Zerwekh 1997).

Voraussetzung für die orale Aufnahme von Flüssigkeit sind intakte Mundschleimhäute. Ohne auf die

Bedeutung der Mundpflege genauer einzugehen, sei in diesem Kontext auf die zentrale Bedeutung dieser genuin pflegerischen Aufgabe hingewiesen.

Der Mund ist ein Intimbereich; ihn zu inspizieren und zu pflegen fällt selbst professionellen Helferinnen und Helfern nicht immer leicht. (vgl. Glaus 1992/Münger 1993). Folgende Vorstellung hilft, diesen Widerstand zu überwinden: Stellen Sie sich vor, sie gingen zu jemandem zu Besuch. Sie gehen hin, klopfen an oder läuten und warten, bis Ihnen die Tür geöffnet wird. Ähnlich ist es bei der Mundpflege und -befeuchtung. Sie nähern sich dem Mund, lassen am Tupfer (oder ähnlichem) riechen, berühren damit leicht die Lippen, lassen kosten. Sie dringen erst dann in die Mundhöhle vor, wenn der Mund aufgemacht wird. Öffnet er sich nicht, werden einfach nur die Lippen befeuchtet. Ein gewaltsames Vorgehen gliche einem Einbruch.

Wieviel Flüssigkeit bei künstlicher Rehydrierung?

Für eine allfällige Besserung der zunehmenden Schwäche, zur Vorbeugung oder zur Behebung einer Bewusstseinstörung und zur Behandlung von Muskelkrämpfen (v.a. bei Opiattherapie) empfehlen Steiner und Bruera (1998) sowie Bruera und Fainsinger (1997) den Versuch einer Rehydrierung (nicht zur Linderung von Mundtrockenheit und Durst!). Dem geht ein sorgfältig durchgeführtes individuelles Assessment voraus, welches die eingenommene Flüssigkeitsmenge, die Befunde und Symptome, die möglichen Vorteile und Risiken sowie den Wunsch von Patient und Familie einbezieht.

Die Flüssigkeitsmenge wird den Umständen entsprechend bei ca. einem Liter/24h gehalten und ist damit bedeutend niedriger als in einer akuten Situation. Terminal Kranke haben nämlich auf Grund ihres oft verminderten Körpergewichts und der reduzierten Körperaktivität einen geringen Flüssigkeitsbedarf. Führt die Rehydrierung nicht zum erwarteten Ergebnis oder verschlimmert sich dadurch die Situation in irgend einer Weise, wird die Therapie abgebrochen.

Die s.c.-Infusion richtig angewendet

Steiner und Fainsinger (1997) legen ausführlich dar, welche Methode der Rehydrierung sowie welche Art, Zeitdauer und Menge der Flüssigkeit

sie empfehlen. Aufgrund diverser Nachteile (Thrombophlebitis, Immobilisierung etc.) ist auf den intravenösen Zugang zu verzichten, wenn nicht schon einer besteht oder zu anderen Zwecken gebraucht wird. Sie bevorzugen die Hyperdermoclysis, deren geringe Risiken und deren hoher Nutzen in verschiedenen Arbeiten belegt ist. Dafür werden heute eine Butterflynadel oder ein Kindervenflon verwendet. Diese Infusion kann auch in der spitalexternen Situation verabreicht werden, braucht keine professionelle Überwachung, gibt kaum Komplikationen und ist kostengünstig. Bei Entzündung der Einstichstelle kann die Nadel ohne weitere Komplikationen gewechselt werden (durchschnittliche Liegezeit beträgt 5.3 Tage bei Butterfly und 11.9 Tage bei Venflon). Zur besseren Resorption wird die Infusion nicht peripher, sondern im Brustbereich angebracht (unterhalb Schlüsselbein). Im Schnitt verabreichen sie 1000 ml pro Tag. Dies kann auf drei verschiedene Arten geschehen:

- a) Infusion über 24 Stunden mit dem Nachteil, dass die Patienten durch Schlauch und Beutel behindert sind,
- b) Infusion über 12 Stunden nachts mit dem Vorteil, während des Tages frei vom Schlauch zu sein,
- c) Bolus von 500 ml über eine Stunde zweimal pro Tag. Bei dieser Variante wird eine Dosis Hyaluronidase (150 IU) vorgespritzt (ob die Resorption dadurch wesentlich verbessert wird, ist zur Zeit Gegenstand einer Doppelblindstudie). Diese dritte Variante wird gut vertragen und eignet sich vor allem für Patienten, die zu Hause sind und noch aktiv sein möchten.

Nasogastral- und PEG-Sonden eignen sich nur, wenn gleichzeitig auch Nahrung verabreicht werden soll. Schliesslich weisen sie auf die Möglichkeit hin, Flüssigkeit rectal zu verabreichen (Proctoclysis). Mit einer 22 French Magensonde, die 40 cm eingeführt wird, können Boli von ungefähr 250 ml in den Darm gebracht werden. Die in einer Studie beobachteten Patienten, welche mit Proctoclysis hydriert wurden, hatten ein tiefes Einkommen, keine Krankenkasse, lebten in Entwicklungsländern und starben mit der Pflege der Angehörigen zu Hause. Auch wenn diese Form bei uns weniger zu Anwendung kommen wird, ist es dennoch interessant, um sie zu wissen.

Ausschlussfaktoren für die Rehydrierung mit künstlicher Flüssigkeit werden vom oben erwähnten japanischen Hospizteam aufgelistet: Schlechter Allgemeinzustand (gemäss palliative performance scale PPS) und das Vorhandensein von Flüssigkeitsretention (Ödeme). In ihrer Studie wurde nur 22 von 121 Patienten eine Infusion empfohlen, deren Anzahl sich auf Grund des Patienten- oder Angehörigenwunsches um 8 erhöhte. Das kanadische Hospizteam empfahl 69 von 100 Patienten eine Infusion. Dabei wurde die subcutane Infusion gewählt.

Vorteile der Dehydratation bei Sterbenden?

Zerwekh sprach anfangs der Achtzigerjahre erstmals von möglichen Vorteilen der Dehydratation bei Sterbenden. Sie führt auch heute an (Zerwekh 1997), dass

- a) die geringe Urinmenge dem Patienten weniger Unannehmlichkeiten wie Katheter und Inkontinenz beschere,
- b) die Abnahme von gastrointestinaler Flüssigkeit zu weniger Erbrechen führe (v.a. bei Darmverschluss),
- c) weniger Rachensekrete aufträten,
- d) eine natürliche Analgesie als Folge einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten entstehe und
- e) Ödeme nicht verstärkt würden (z.B. Aszites).

Obwohl ich in früheren Publikationen (Vogel 1990 und 1993) ebenfalls von «Vorteilen der terminalen Dehydratation» gesprochen habe, bin ich heute der Ansicht, dass diese Formulierung zu Missverständnissen führt. So wurde in medizinischen und pflegerischen Fachkreisen gelegentlich von einer «Indikation zur terminalen Dehydratation» gesprochen. Die terminale Dehydratation wurde quasi zur Behandlungsmethode, zur therapeutischen Intervention erhoben. Damit macht man sich aber zumindest in den Augen derer, welche eine Dehydratation als Komplikation betrachten unglaubwürdig. Ich halte es heute für sinnvoller, die terminale Dehydratation als Teil eines normalen oder natürlichen Sterbeprozesses zu betrachten. Auf jeden Fall gilt es aber, eine übermässige künstliche Hydrierung bei Sterbenden zu unterlassen. Diese schafft nämlich, auch

wenn sie noch so gut gemeint ist, mehr Probleme als sie zu lösen vermag.

Schlussfolgerung

Jede therapeutische Intervention muss der Probe standhalten, ob sie dem Patienten nützt oder zumindest nicht schadet. In einem terminalen Krankheitsstadium ist dies nicht einfacher einzuschätzen als bei einer akuten Krise. Erstens bestehen für Letztere zuverlässige Daten, um «evidence based» behandeln zu können, zweitens ist das Sterben weit mehr als ein physisch zu betrachtender Vorgang: Es steht die Würde des sterbenden Menschen auf dem Spiel. Diese Debatte braucht Gespräche zwischen allen Beteiligten. Ihre unterschiedlichen Bedürfnisse, Interessen und Rollen sind zu berücksichtigen. Dem kann nur ein interdisziplinärer Ansatz genügen, welcher sowohl Patient wie Familie einschliesst.

Für das Festlegen des Behandlungs- und Pflegeplans sind neben den somatischen besonders emotionale, soziale und spirituelle Aspekte einzubeziehen (De Ridder und Gastmans 1996). So ist es von grösster Bedeutung, das Gespräch mit der Familie zu suchen. Ihren Sorgen und ihren Ängsten gebührt die notwendige Aufmerksamkeit. Wenn die Ehefrau fragt: «Karl trinkt kaum mehr, nach einem kleinen Schluck schiebt er die Tasse beiseite. Wird er nicht sterben, wenn er nicht mehr trinkt? Braucht er nicht wenigstens eine kleine Infusion?» dann können wir sagen: «Frau Horak, ihr Mann stirbt an seiner Krankheit, nicht am Flüssigkeitsmangel. Wir glauben nicht, dass eine Infusion ihm gut tun würde. Er leidet kaum an der Austrocknung. Was wir aber gerne und oft tun: wir geben ihm löffelchenweise Tee und manchmal ein Stückchen Eis in den Mund. Und wir befeuchten seine Lippen und seinen Mund. Kommen Sie, ich zeige Ihnen und Ihrer Tochter, wie man das macht» (nach Zerwekh 1997).

Schuldgefühle sind im Kontext von Tod und Sterben beim Behandlungsteam wie bei den Angehörigen vorhanden. Wenn wir wissen, wie enorm sich Familienmitglieder dafür verantwortlich fühlen, dass ihr Schützling nicht verdurstet, dann werden wir mit ihnen einen Weg suchen für eine angemessene Fürsorge. Diese Unterstützung und diese Ermutigung können Pflegende

den Angehörigen in diesem Hin- und Hergerissensein geben.

Spirituelle Unterstützung geben wir mit der Offenheit für Fragen von Werden, Sein und Vergehen. Die Fragen nach den wesentlichen Dingen werden nicht nur an den Seelsorger, sondern in vielen Formen an Pflegende und an Ärzte gerichtet. Die Frage: «wie lange werde ich leben», ruft nicht nur nach einer Antwort in Monaten und Wochen. Die Frage: «wie ist das Sterben und wohin gehe ich danach», verlangt nicht nach der einzig richtigen Antwort. Die Bemerkung: «ich habe im Leben vieles falsch gemacht», erwartet keine oberflächliche Beruhigung. So ist das Verlangen nach einer Infusion, sei es vom Patienten oder den Angehörigen, mitunter als Ausdruck der Auseinandersetzung mit dem Sterben zu sehen. Als Frage: werde ich noch leben, werde ich sterben und was ist danach. Eine terminale Dehydratation als Teil des Sterbeprozesses zu akzeptieren kann unter Einbezug aller Aspekte des Menschseins zu einer engagierten, echten und ganzheitlichen ärztlichen und pflegerischen Betreuung werden.

Literatur

- Bruera E., Franco J., Maltoni M. et al.: Changing patterns of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration, and opioid rotation. *Journal of pain and symptom management* 1995, 10 (4): 287 – 291
- Brunner F.P.: Pathophysiologie der Dehydratation. *Schweiz. Rundschau Med. (Praxis)* 82 (29/30): 784 – 786
- Burge F. I.: Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *Journal of pain and symptom management* 1993, 8 (7): 454 – 464
- Burge F. I.: Dehydration and provision of fluids in palliative care. *Canadian family physician* 1996, 42: 2383 – 2388
- Hess Ch.: Ernähren und Hydrieren – eine unphysiologische Antwort auf die Frage des Sterbens. *Schweiz. Rundschau Med. (Praxis)* 1993; 82 (38): 1039 – 1043

De Ridder D., Gastmans C.: Dehydration among terminally ill patients. An integrated ethical and practical approach for caregivers. *Nursing ethics* 1996, 3 (4), 305 – 316

Fainsinger R. L., Bruera E.: When to treat dehydration in a terminally ill patient? Supportive care in cancer 1997, 5: 205 – 211

Glaus A.: Gesund im Mund. Ein Mundpflegekonzept unter spezieller Berücksichtigung Krebskranker. *Krankenpflege* 1992, 9: 9 – 13

Morita T., Tsunoda J., Inoue S. Chihara S.: Perceptions and decision making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *American journal of hospice & palliative care*, 16 (3): 509 – 515

Münger K.: Mundpflege im Spital. Ein vernachlässigter Pflegeaspekt. Höhere Fachausbildung in Krankenpflege I, Bern Inselspital 1993

Parkash R., Burge F.: The familys perspective on issues of hydration in terminal care. *Journal of palliative care* 1997, 13 (4): 23 – 27

Steiner N., Bruera E.: Methods of hydration in palliative care patients. *Journal of palliative care* 1998, 14 (2): 6-13

Vogel B.: Ohne Schläuche sterben. Die Vorteile der Dehydratation bei Sterbenden. *Krankenpflege* 1990, 3: 18 – 22

Vogel B.: «Wenigstens noch Flüssigkeit...» – Dehydratation bei Sterbenden. *Infokara* 1995, 39: 3 – 14

Zerwekh J. V.: Do dying patients really need iv fluids? *American journal of nursing* 1997, 97 (3): 26 – 31