

Flüssigkeit am Lebensende...

Sinnvoll oder Unsinn?

Ein Vortrag von Beate Hundt (Apothekerin) und
Barbara Spandau (Palliativfachkraft)

Einleitung

„Das gemeinsame Essen und Trinken, das Stillen eines Kindes oder die Zubereitung einer Mahlzeit sind ein tief in uns verwurzelter und lebendiger Ausdruck sozialer und familiärer Verbundenheit, Sorge und Zuneigung“ (M. de Ridder)

Definitionen

1. Durst

Ist das physiologische Verlangen nach Flüssigkeitsaufnahme. Das Durstgefühl ist Teil der Triebsteuerung des Menschen und basiert auf komplexen Prozessen, die das Durstgefühl auslösen, das dann durch Trinken befriedigt bzw. gestillt werden kann.

Definitionen

2.terminale Dehydratation

Beschreibt den klinischen Zustand von sterbenden Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, eine adäquate Flüssigkeitsmenge zu sich zu nehmen.(Burge 1993)

Definitionen

3. Terminalphase= Präfinalphase

Stunden, Tage bis Wochen vor dem Tod in der es schrittweise zu einer zunehmenden Schwäche, Gewichtsabnahme, Desinteresse an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und überwiegender Bettlägerigkeit kommt.

Definitionen

4. Finalphase= eigentliche Sterbephase

In der Regel die letzten 72 Stunden des Lebens

Finalphase

Mögliche Anzeichen:

- ausgeprägte Schwäche
- überwiegende Bettlägerigkeit
- zunehmende Schläfrigkeit
- zeitweise Desorientierung
- Zeiten der Aufmerksamkeit begrenzt
- Desinteresse an Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Schlucken von Arzneimitteln erschwert

(Twycross 1988)

Sterbevorgang

- ein Mensch stirbt nicht „auf einmal“
- Sterben ist ein Prozess, kein Moment
- physiologischer Vorgang
- die einzelnen Organe stellen ihre Funktion ein:
 - mit unterschiedlicher Geschwindigkeit
 - zu unterschiedlichen Zeitpunkten

Sterbevorgang

Kreislaufzentralisation:

herzferne Organe werden weniger durchblutet, zu Gunsten der inneren Organe und des Gehirns

- Blutdruck sinkt
- Funktionsleistung der Niere sinkt

Sterbevorgang

- Zusammenbruch der koordinierten Tätigkeit der lebenswichtigen Organe (Herz, Lunge, Leber, Niere, Gehirn)
- äußere Ausdruck:
 - Erlöschen der Herz- und Atemtätigkeit

Sterbevorgang

- Symptome der Terminalphase sind nahezu unabhängig von der Grunderkrankung
- bei ca. 75% aller Sterbenden besteht 2 Tage vor dem Tod eine Bewusstseinsbeschränkung, bei über 90% in der letzten Stunde

Flüssigkeitshaushalt

- Der Wassergehalt des Körpers bei Erwachsenen beträgt:
 - bei Männer 60 %
 - bei Frauen 50 %

Flüssigkeitsbedarf

man benötigt ca. 30 ml/kg Körpergewicht

- bei 70 kg Körpergewicht: 2 100 ml Flüssigkeit
- Wasserumsatz: ca. 2,4 l Flüssigkeit, denn

Urinausscheidung ca. 1,0 -1,5 l

Verdunstungsverlust (Haut, Atmung) ca. 0,9 l

Verdauung ca. 0,1 l

Flüssigkeitsbedarf

Erwachsener:

- minimal 1,5 l/Tag Getränke
- über Lebensmittel ca. 0,7 l/Tag
- über den Abbau der Lebensmittel Bildung von ca. 0,3 l Oxidationswasser

Dehydratation

Definition: Abnahme des Körperwassers durch gesteigerte Wasserabgabe oder zu geringe Aufnahme

- hyperton: Exsikkose, Wasserverlust ohne entsprechenden Salzverlust, z.B. durch Fieber, übermäßiges Schwitzen (Durst)
- hypoton: im Verhältnis zum Wasserverlust wird mehr Salz ausgeschieden, z.B. bei Flüssigkeitsausgleich mit salz- armer Flüssigkeit (reines Wasser) nach starkem Schwitzen
- isoton: Wasser-/ und Salzverlust im gleichen Verhältnis

Wasserkatabolismus

beim Abbau entstehen aus:

1 g Kohlenhydrat = 0,6 ml Wasser

1 g Protein = 0,44 ml Wasser

1 g Fett = 1,09 ml Wasser

Überlebensstrategie für Notfall- bzw. Reservebetrieb

Flüssigkeitsbedarf kann enorm reduziert werden,
durch Fettoxidation und verringerte Harnstoffbildung,
so dass die Urinausscheidung nur noch ca. 200 ml/Tag beträgt

In der letzten Lebensphase

- besteht eine katabole Stoffwechsellage, an der selbst hyperkalorische Ernährung nichts mehr ändern kann
- ist daher Gewichtsverlust nicht mehr zu verhindern
- können „normale“ Nahrungsmengen nicht mehr verarbeitet werden
- reichen kleinste Mengen aus um Hunger und Durst zu stillen

(Vortrag Marina Kojer 2006, Praxis der palliativen Geriatrie)

Flüssigkeitsbedarf Palliativpatienten

- hochbetagte Palliativpatienten sind mit dem „75 kg Normal-Menschen“ nicht vergleichbar
- Flüssigkeitsnormen für Jüngere haben für sie keine Gültigkeit
- 500 ml in 24 h erweisen sich häufig als völlig ausreichend

(Vortrag Marina Kojer 2006, Praxis der palliativen Geriatrie)

Situation aus medizinischer Sicht

ein Arzt ist verpflichtet,

- ein Sterben in Würde zu ermöglichen
- palliativ zu behandeln
- Beistand zu leisten
- Basisbetreuung zu ermöglichen

Zur Basisbetreuung gehören u.a.

- menschenwürdige Unterbringung
- Zuwendung
- Körperpflege
- lindern von:
Schmerzen, Atemnot , Übelkeit

- sowie:
Stillen von Hunger und Durst

(Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung **1998**)

Zur Basisbetreuung gehören u.a.

- menschenwürdige Unterbringung
- Zuwendung
- Körperpflege
- lindern von:
Schmerzen, Atemnot , Übelkeit
- **nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können**
- Hunger und Durst als subjektive Empfindung müssen gestillt werden

(Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung **2004**)

DGEM-Leitlinien 2008 für die Sterbephase

- Eine künstliche Ernährung ist nicht erforderlich (Grad B)
- Es werden nur minimale Mengen an Nahrung und Wasser benötigt (Grad B)
- Geringe Mengen an Flüssigkeit (bis ca. 1000ml/d) können helfen, durch eine Dehydratation induzierte Verwirrtheitszustände zu vermeiden (B)

Datenlage

- geringe klinische Evidenz
- Tendenz zur zurückhaltenden Vorgehensweise
- „künstliche Zufuhr von Flüssigkeit sollte nicht als Routinemaßnahme bei Patienten in der Terminalphase erfolgen, sondern als individuelle Behandlung in Abhängigkeit der Probleme und Bedürfnisse des Patienten“

(Lehrbuch der Palliativmedizin, E. Aulbert 2012)

Veröffentlichungen

- NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 2003:
Erfahrungen von Hospiz-Krankenschwestern bei der Begleitung schwerkranker Patienten (nicht sterbend!), die ihr Leben durch bewussten Verzicht von Ernährung und Flüssigkeit aktiv beendeten
- 102 von 307 Pflegekräften haben es erlebt
- 85 % der betroffenen Patienten starben noch ca. 15 Tagen
- friedlicher Tod (Skala von 0 – 9), Median bei 8

Veröffentlichungen

- Studie Bruera E.et al., MD Anderson Cancer Centrum, Houston (2012/2013) Tägliche Parenterale Hydratation bei sterbenden Krebspatienten sinnvoll ?
- Doppelblindstudie an 129 Patienten, die entweder 1000 ml oder 100 ml Kochsalzlösung als Infusion über mehrere Stunden bekamen
Ergebnis: es macht keinen Unterschied, ob 100 oder 1000 ml gegeben werden.
Patienten und deren Angehörige empfanden es als sinnvoll, entscheidend war die pflegerische Zuwendung

Flüssigkeit in der Finalphase

Für wen ist die Dehydratation ein Problem?

- für den Patienten ?
- für den Angehörigen ?
- für den Arzt ?
- für das therapeutische Team ?

Therapieziel

Zur Wiederholung:

Palliativmedizin ist die Weiterführung der für den Patienten optimalen Therapie mit geändertem Therapieziel

Entscheidungsfindung

Die 5 Ws nach Brown und Chekryn 1989:

WER will die Behandlung? Patient, Familie, Pfllegeteam, Arzt

WARUM wird die Behandlung gewünscht? Symptomkontrolle, Verhinderung einer Austrocknung, als Nahrung, um etwas zu tun, um das Leben zu verlängern.

WO wird der Patient behandelt? Wird durch die Behandlung eine Häusliche Versorgung ausgeschlossen?

WANN wird die Behandlung in Betracht gezogen? Diagnosezeitpunkt oder in der terminalen Lebensphase

Pro und Contra

- **PRO Dehydratation**
 - Es wird seltener Durst geäußert
 - Gefahr der Hyperhydratation
 - Verminderung und Vermeidung belastender Symptome wie: generelle Ödemneigung, Herzinsuffizienz, Schmerzzunahme, Verstärkung von Todesrasseln
 - Erschwerung der Versorgung
 - Erhöhte Endorphin-Ausschüttung
 - Verringerte Ausscheidung
 - natürlicher Sterbeprozess
- **Contra Dehydratation**
 - Unklarheit über Stadium
 - Mundtrockenheit
 - Erhöhter pflegerischer Aufwand
 - Erhöhte Dekubitus Gefahr
 - Unsicherheit und Uneinigkeit

Es ist immer leichter etwas zu tun,
als etwas zu lassen

Das Durstgefühl am Lebensende korreliert mit der Trockenheit der Mundschleimhaut,
nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit

Mundpflege

- Das A und O in der Terminal- und Finalphase ist eine gute Mundpflege!
- Kann sehr gut von Angehörigen übernommen werden.
- Ist individuell auf jeden einzelnen Patienten abzustimmen-> Biographie!

Mundpflege

- Ursachen:
 - verminderte Sekretion,
 - Tumorbedingt,
 - Medikamentenbedingt,
 - Dehydratation
- Anamnese:
 - persönliche Gewohnheiten, Abneigungen
 - Inspektion der Mundhöhle

Mundpflege....ganz praktisch

- **Anregung des Speichelfluss:** Bonbons, Eiswürfel auf Zunge, gefrorene Ananas, Aroma Öle über Aromalampe
- **Mundbefeuchtung:** Spülen, Auswischen, Bestäuben
- **Geruchshemmung:** Chlorophyll, Mycotika, Zahnhygiene
- **Schmerzbekämpfung:** Anästhesie mittels Lutschtabletten, Reisschleim mit Xylocain, Applikation von Lokalanästhetika
- **Lösen von Belägen:** Sahne oder Butter, Eierlikör, Olivenöl mit Zitronensaft, Bepanthenlösung, Brausepulver

Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Flüssigkeit am Lebensende“ ist auch immer eine Frage nach dem Tod und Sterben an sich.

„Essen hält Leib und Seele zusammen“

...im Sterbeprozess wollen sich aber Leib und Seele trennen.....!

Wir bedanken uns für Ihre
Aufmerksamkeit