

Abschlussarbeit

**„Wir leben nicht um zu trinken,
wir trinken, um zu leben“**

**Welche Argumente helfen mit, eine Entscheidung für oder
gegen eine Dehydratation zu finden?
(1. überarbeitete Ausgabe)**

Michel Christine

Höhere Fachausbildung Stufe 1
Schwerpunkt: Palliative Care
SBK Bildungszentrum Zürich
Fachberaterin: Tschopp Andrea
Biel-Benken, 8. Mai 2008

Zusammenfassung

Seit gut zwei Jahren arbeite ich als diplomierte Pflegefachfrau auf der Palliativstation des St. Claraspitals in Basel.

Während meiner Arbeit begegne ich häufig Patienten, bei denen sich in der Terminalphase Fragen zur intravenösen Flüssigkeitsgabe aufdrängen. Im Gespräch mit Angehörigen, Teammitgliedern und/oder Ärzten kommt es immer wieder zu Diskussionen. Was ist das Beste für den Patienten? Leidet er an Durst, weil er zu wenig Flüssigkeit erhält? Können wir mit Infusionen das Leben verlängern oder ist die Flüssigkeitsgabe eher belastend für den Patienten? Für wen geben wir die Infusion: für den Patienten oder für uns, weil wir nicht untätig zusehen wollen?

Da ich merkte, dass dieses Thema immer wieder zu Unsicherheiten auf allen Seiten führt, wollte ich mich vertieft mit der Dehydratation in der Palliative Care beschäftigen.

Zum besseren Verständnis habe ich die Theorie des Wasser- und Elektrolythaushaltes an den Anfang meiner Arbeit gesetzt. Im anschließenden Kapitel stelle ich die Dehydratation und Hydratation einander gegenüber. Studien und diverse Überlegungen zur Dehydratation bilden den Abschluss des theoretischen Teils.

Danach habe ich Fallbeispiele ausgewählt, die je eine Entscheidung aufzeigen zur Dehydratation und zur Hydratation. Meine erste Reflexion betrifft die ausgewählten Fallbeispiele. In meiner zweiten Reflexion stelle ich die Argumente für und gegen eine Dehydratation zusammen. Den Abschluss meiner praxisbezogenen Berichte bilden die Ergebnisse. Daraus geht hervor, dass sich keine Richtlinien für oder gegen eine Dehydratation aufstellen lassen.

Im Schlussteil zeigt sich, dass jeder Patient individuell beurteilt werden muss. Der Patient soll von unserem vertieften Wissen zur Dehydratation und Hydratation profitieren können. Täglich müssen wir unseren Entscheidung neu überdenken, beurteilen und bei Bedarf anpassen. Es wird immer das Wohlbefinden des Patienten angestrebt.

Die Kommunikation hilft uns, dieses hohe Ziel besser erreichen zu können. Im Team, auf der Visite und im Gespräch mit den Angehörigen muss die Pflege den Patienten vertreten. Eine gute Information hilft mit, dass sich niemand mit seinen Ängsten alleine gelassen fühlt. Die Entscheidung soll am Schluss dem Willen des Patienten entsprechen.

Können sich alle Betroffenen mit einer Dehydratation oder einer Hydratation einverstanden erklären, so wird der Entscheidung mit Sicherheit akzeptiert. Gut informierte Angehörige stehen weniger unter Druck und können in die Betreuung der Patienten mit einbezogen werden.

Dankeschreiben

Diese Arbeit konnte ich nur dank lieber Menschen in meinem Umfeld verfassen.

Ich möchte mich herzlich bedanken bei Judith Abt. Sie hat mich während der ganzen Abschlussarbeit begleitet und unterstützt. Sie konnte mir immer wieder neue Impulse und Wege aufzeigen, die mich motivierten zum Weitermachen. Judith hat mich gekonnt geführt, wenn einzelne Kapitel das Thema zu wenig beleuchteten.

Vielen Dank meinen Arbeitskolleginnen Beatrice Bernet, Gabriela Claviezel und Monika Rauschkolb. Sie lasen meine Arbeit und übernahmen den mühsamen Teil der Korrektur. Ihre kritischen Meinungen haben mir geholfen, den Text verständlich zu schreiben.

Meine Freundin Esther Hanslin hat für die Auffrischung ihrer Berufkenntnisse gedankt. Ich konnte dieses Lob gebrauchen. Es beruhigte mich vor der Abgabe dieser Arbeit.

Ein grosser Dank gilt meiner Familie. Mein Gatte wusste mir Freiraum zu schaffen, damit ich ungestört im Büro an dieser Arbeit schreiben konnte. Meine Kinder verzichteten nicht nur auf mich als Mami, sondern oft auch auf den heissbegehrten Computer, der von mir besetzt wurde.

Ihr alle habt mir sehr geholfen. Herzlichen Dank!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Motivation und Beweggründe zur Themenwahl	1
1.2. Zielsetzung	2
1.3. Thematische Eingrenzung	2
1.4. Adressaten	3
1.5. Fragestellung	3
1.6. Vorgehen / Ablauf	3
2. Theorie des Wasserhaushaltes	4
2.1. Wasserhaushalt	4
2.2. Elektrolythaushalt	4
2.3. Flüssigkeitsaufnahme	5
2.4. Flüssigkeitsabgabe	5
2.5. Störungen im Elektrolythaushalt	6
2.5.1. Hybernatriämie	6
2.5.2. Hyponatriämie	6
2.5.3. Hyperkaliämie	6
2.5.4. Hypokaliämie	7
3. Dehydratation / Hydratation	8
3.1. Definition	8
3.2. Unterscheidung Hydratation / Dehydratation	9
3.3. Wann ist eine Dehydratation zu erwarten?	9
3.4. Symptome und Zeichen einer Dehydratation	10
3.5. Folgen einer Dehydratation	11
3.6. Symptome und Zeichen einer Hyperhydratation	11
3.7. Folgen einer Hyperhydratation	12
4. Studien zur Dehydratation	13
5. Was kann den Entscheid zur Dehydratation beeinflussen?	15
6. Ethische Überlegungen	17
7. Fallbeispiele	20
7.1. gezielt angestrebte Dehydratation	20
7.2. Reflexion zur Dehydratation	22
7.3. abgelehnte Dehydratation	23
7.4. Reflexion zur abgelehnten Dehydratation	25

8. Reflexion zur Dehydratation	26
9. Reflexion gegen Dehydratation	28
10. Ergebnisse	29
11. Schlussteil	31
11.1. Konsequenzen für die Praxis	31
11.2. Eigene Gedanken zur Dehydratation	32
11.3. Eigene Gedanken zur Berufsrolle	33
Literaturverzeichnis	

1. Einleitung

1.1. Motivation und Beweggründe zur Themenwahl

Meine Lehr- und Wanderjahre verbrachte ich in verschiedenen Universitätsspitalern der Schweiz. Mein jetziger Arbeitsort ist das St. Claraspital in Basel. Es ist ein Privatspital, das unter anderem sein Schwergewicht im Fachgebiet Onkologie hat. Hier bin ich auf der Palliativstation tätig, die in eine medizinische Akutstation integriert ist.

Zu uns kommen oft Patienten¹, deren Allgemeinzustand eine Rückkehr nach Hause nicht mehr zulässt. Diese Menschen äussern klar den Wunsch, dass sie sterben möchten und keine Therapie mehr wollen. Auch wenn von ärztlicher Seite auf ihre Wünsche soweit wie möglich eingegangen wird, beobachte ich oft Konflikte. Vor allem die Flüssigkeitsgabe bei terminalen² Patienten führt immer wieder zu Diskussionen.

Zu den Grundrechten der Menschen gehört laut UNO 1948 (Künzli 2000) auch das Recht auf Nahrung und Flüssigkeit. Dies würde das Umfeld des Patienten dazu verpflichten, dass der Betroffene ernährt werden muss.

Pflegenden, Ärzte und Angehörigen kommen nun in einen Konflikt:

- Wie sollen wir damit umgehen?
- Lassen wir unsere Patienten verdursten, wenn wir keine Infusion geben?
- Verlängern wir künstlich das Leben von Patienten mit Infusionstherapie, obwohl sie sterben wollen?
- Müssen wir um jeden Preis Infusionstherapie durchführen?
- Wann darf man auf eine Infusion verzichten?
- Leidet der Patient mehr mit oder ohne Infusion?

Der Patient selbst hat zwar seinen Wunsch zu sterben geäussert, aber auch er ist in einem Zwiespalt:

- Soll ich bewusst auf die Infusion verzichten?
- Was geschieht, wenn ich keine Infusion habe?
- Kann ich genug trinken, um nicht Durst zu leiden?
- Werde ich überhaupt Durst haben?
- Was geschieht, wenn ich an Durst leide?

¹ Wegen der vereinfachten Schreibweise wird die männliche Form gewählt, die natürlich immer die weibliche Form mit einschliesst. Dies gilt auch für Angehörige, Ärzte und Pflegende.

² In dieser Arbeit steht die Terminalphase für Patienten, deren Zustand eine kurative Therapie ausschliesst und eine selbständige, ausreichende Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr zulässt.

Ob Dehydrierung oder Hydrierung: ich stelle immer wieder fest, dass im Team geteilte Meinungen herrschen und Unverständnis auftauchen kann. Dienstärzte, die noch wenig Erfahrung mit palliativen Situationen haben, können kaum auf Infusionen verzichten, oder fragen das Personal auf der Palliativstation konkret nach Erfahrungswerten. Auch die Angehörigen treten immer wieder mit der Frage an uns heran, ob die Entscheidung auf Flüssigkeit zu verzichten auch richtig gewesen sei.

Ich möchte nun mit dieser Arbeit mein Wissen in der Infusionstherapie bei palliativen Patienten vertiefen und festigen. Mein Ziel ist es, dass ich nach dieser Abschlussarbeit fähig bin, abzuwägen, wann eine Infusionstherapie sinnvoll ist oder nicht.

1.2. Zielsetzung

Mein Ziel ist es, nach dieser Arbeit ein Wissen zur Hydrierung und Dehydrierung zu erreichen, das mir erlaubt:

- Den Patienten und seine Angehörigen fachlich zu beraten, wenn sie Fragen zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr haben.
- Im Pflorgeteam die ärztliche Entscheidung zu begründen und zu vertreten.
- Beratend zur Seite zu stehen, wenn sich Dienstärzte auf der Visite nach meinen Erfahrungswerten erkundigen.
- Fundiert zu argumentieren, wenn ich eine Änderung der Flüssigkeitszufuhr vorschlage.

1.3. Thematische Eingrenzung

Meine Arbeit soll sich auf Patienten in einer onkologischen, palliativen und terminalen Situation beschränken. Es geht um die Entscheidung, ob intravenös (iv) Flüssigkeit zugeführt werden soll oder eine Dehydratation angestrebt wird.

Ich werde nicht auf Kinder, gerontologische Patienten, parenterale Ernährung und den Ausgleich eines Flüssigkeitsdefizits eingehen. Den Aspekt der Mundpflege werde ich nur streifen.

Die subcutan (sc) - Therapie werde ich nicht im Zusammenhang mit Flüssigkeitssubstitution behandeln.

Die Hyperhydratation werde ich nur streifen, um Folgen einer gezielt abgelehnter Dehydrierung besser verstehen zu können.

Unter terminaler Situation verstehe ich in diesem Fall einen Zustand des Patienten, der eine kurative Therapie ausschliesst und eine selbständige, ausreichende Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr zulässt.

1.4. Adressaten

Meine Arbeit richtet sich an Pflegende im medizinischen Akutbereich und in der Palliativpflege, die Spitex und Angehörige mit medizinischem Hintergrundwissen.

1.5. Fragestellung

Welche Argumente helfen mit, eine Entscheidung für oder gegen eine Dehydrierung zu finden?

1.6. Vorgehen/Ablauf

Um meine Kenntnisse über den menschlichen Organismus bezogen auf den Wasserhaushalt aufzufrischen, werde ich zuerst mein anatomisches Wissen aufarbeiten. Die Theorie wird auch der Einstieg zu meiner Abschlussarbeit sein.

Im Weiteren soll das Buch von Knipping (2006), Lehrbuch der Palliative Care, die Grundlage bilden. Mit Hilfe des Kapitels zur Dehydrierung werde ich mich mit dem Thema auseinander setzen. Dabei wird sich für meine Abschlussarbeit das Grundgerüst bilden.

Danach werde ich in der hauseigenen Bibliothek des St. Claraspitals weitere Literatur suchen. Diese Literatur soll schrittweise in meine Arbeit einfließen.

Erst wenn ich mich mit dem Thema der Dehydrierung ausreichend auseinander gesetzt habe, werde ich die Fallbeispiele auswählen und beschreiben. Die Fallbeispiele werden aus dem Alltag kommen und sollen mir helfen, die erarbeitete Theorie überprüfen zu können.

Nach diesem Zeitpunkt sollte die Arbeit in groben Zügen stehen. Jetzt gilt es noch mit Hilfe des Internets fehlende Studien, Berichte und Artikel zu finden, die meine Arbeit abrunden helfen.

Ist die Arbeit soweit bereit, werde ich mich persönlich in den Reflexionen und im Schlussteil mit dem Thema der Dehydratation/Hydratation auseinander setzen und die Fragestellung dieser Arbeit beantworten.

2. Theorie des Wasserhaushaltes

Zunächst möchte ich mein anatomisches Wissen aufarbeiten. Hierzu verwende ich Fachliteratur von Gerlacher et al (2006), Jecklin (2004) und Spornitz (2004).

2.1. Wasserhaushalt

Im menschlichen Körper fungiert Wasser als Baustoff, Lösungs- und Transportmittel und es ist der Hauptbestandteil von Blut, Harn, und Schweiß. Somit ist Wasser lebensnotwendig, da es an den meisten Stoffverschiebungen in unserem Körper beteiligt ist. Nährstoffe werden zugeführt und Giftstoffe abtransportiert.

Um eine Dehydratation richtig verstehen zu können, muss man zunächst die Verteilung der Flüssigkeit im menschlichen Organismus kennen. 50 – 60 % des Gesamtkörpergewichtes besteht aus Wasser. Dieses befindet sich im menschlichen Körper an folgenden Orten:

- Intrazellulär
- Extrazellulär, wobei sich hier die Flüssigkeit intravasal und interstitiell (das heisst im Zwischenraum) verteilt.
- Transzellulär, das heisst im Pleuraraum, im Gastrointestinaltrakt, im Peritonealraum und im Cerebrospinalraum (hier spricht man auch vom 3. Raum).

Die Zellmembrane sind sehr wasserdurchlässig, was die gleichmässige Verteilung der Flüssigkeit im extra- und intrazellulären Bereich ermöglicht.

Für eine ausgeglichene Wasserbilanz müssen Wasserzufuhr und –Abgabe ständig geregelt werden. Darauf gehe ich in Kapitel 2.3. und 2.4. genauer ein.

2.2. Elektrolythaushalt

Die wichtigsten Elektrolyte im Wasserhaushalt des Menschen sind Natrium und Kalium. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Regulierung des Wasserhaushaltes.

Natrium befindet sich im gesunden Körper vor allem im extrazellulären Raum und bindet Wasser an sich.

Kalium befindet sich vor allem im intrazellulären Raum. Um das Wasser in den Zellen zu lagern, benötigt Kalium die Hilfe von Insulin und Aldosteron.

2.3. Flüssigkeitsaufnahme

Flüssigkeit ist in unserem Körper lebensnotwendig. Je jünger ein Mensch ist, desto höher ist der Wasseranteil in seinem Körper.

Täglich sollte der Mensch zwei Liter Flüssigkeit zu sich nehmen, um eine ausgeglichene Wasserbilanz zu haben. Die Aufnahme von Flüssigkeit kann oral, intravenös und subcutan geschehen. (Nedwed, Jahr unbekannt)

Durst erinnert uns daran, dass unsere Flüssigkeitsbilanz nicht ausgeglichen ist und wir mehr Flüssigkeit aufnehmen sollten. Dieses Gefühl wird vom Hypothalamus aus gesteuert.

2.4. Flüssigkeitsabgabe

Wir geben Flüssigkeit mittels Stuhl, Urin und die Atemluft wieder ab. Auch über die Haut können wir vor allem bei vermehrter Schweißbildung grosse Mengen an Flüssigkeit verlieren.

Ein zu tiefer Blutdruck kann die Ausscheidung negativ beeinflussen. Es kann bis zur Oligurie/Anurie kommen.

Dank der Flüssigkeitsabgabe können auch Abbauprodukte ausgeschieden werden. Dies sind unter anderem Creatinin, Harnstoff und Harnsäure, körperfremde Stoffe (z. Bsp. Medikamente) und Ammoniak.

2.5. Störungen im Elektrolythaushalt

2.5.1. Hypernatriämie

Eine Hypernatriämie entsteht oft bei Verlust von Körperflüssigkeit. Der Mensch reagiert darauf mit Durst. Hier gilt auch zu beachten, dass ältere Menschen oft ein gestörtes Durstgefühl haben und deshalb zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen.

Hält die Hypernatriämie an, können als Folge Verwirrung, neuromuskuläre Erregbarkeit oder Krämpfe entstehen. Im Extremfall kann es bis zum Koma kommen.

Im Weiteren führt zuviel Natrium zu einer Retention von Flüssigkeit. Dies wiederum lässt den Blutdruck ansteigen, weil die intravasale Flüssigkeit zugenommen hat.

2.5.2. Hyponatriämie

Die Hyponatriämie ist die häufigste Elektrolytstörung.

Durch Erbrechen, Ileus und/oder Diarrhö kommt es zu grossem Flüssigkeitsverlust. Die Folge ist eine Hyponatriämie.

Abhängig von der Geschwindigkeit des Flüssigkeitsverlustes kann es langsam oder schnell zu Übelkeit, Erbrechen oder Kopfschmerzen kommen. Im Extremfall kann es sogar zu cerebralen Krampfanfällen oder Verwirrung bis hin zum Koma gehen.

Da bei schnellem Flüssigkeitsverlust das Plasmavolumen sinkt, fällt auch der Blutdruck ab.

2.5.3. Hyperkaliämie

Bei der Hyperkaliämie verschiebt sich das Kalium aus den Zellen hinaus ins Serum oder wird nicht in die Zellen aufgenommen.

Die Ursache für verminderte Aufnahme von Kalium in die Zellen liegt oft im akuten Stadium oder im Endstadium des chronischen Nierenversagens. Insulinmangel bewirkt eine verminderte Aufnahme von Kalium in die Zellen.

Eine vermehrte Ausschüttung von Kalium aus der Zelle ins Serum geschieht bei einem Trauma, bei Verbrennungen oder dem Einsatz von Zytostatika.

Die Folge von massiv erhöhtem Kalium im Organismus sind lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen (Kammerflimmern) bis hin zum Herztod.

2.5.4. Hypokaliämie

Zu tiefes Kalium lässt oft auf Laxantienabusus schliessen. Auch andere Medikamente wie Diuretika, Glukokortikoide, Penicillin und Insulin können zu einem Verlust von Kalium führen, bevor es von den Zellen aufgenommen werden kann.

Weitere Ursachen sind: Diarrhoe, Nierenerkrankungen, Insulinbehandlung bei Koma diabeticum.

Die Symptome einer Hypokaliämie sind unter anderem Müdigkeit, Muskelschwäche, Muskelkrämpfe, Obstipation, hypodynamischer Ileus und Polyurie wegen eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit der Nieren.

3. Dehydratation / Hydratation

Mit dem neu aufgefrischten Wissen zum Wasser- und Elektrolythaushalt wende ich mich nun dem Kernpunkt meiner Arbeit zu: der Dehydratation und der Hydratation.

3.1. Definition

Dehydratation wird im Pschyrembel (Version 2002 CD-Rom) folgendermassen definiert:

„Abnahme des Körperwassers durch gesteigerte, renale, gastrointestinale, pulmonale bzw. perkutane Wasserabgabe ohne entspr. Zufuhr oder iatrogen verursacht (therap. Massnahme oder falsche Infusionstherapie)(...)“

Definition von Dehydratation nach NANDA: (Doenges et al, 2002, S. 319):

„Ein Zustand, bei dem ein Individuum einen Verlust intravasaler, interzellulärer oder interstitieller Flüssigkeit erfährt.“

Definition von terminaler Dehydratation nach Burge (1993, in Feichtner, 2002):

„Terminale Dehydratation ist der klinische Zustand von sterbenden Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, eine adäquate Menge Flüssigkeit zu sich zu nehmen.“

Um die obigen Definitionen noch besser zu verstehen, muss man den Flüssigkeitsverlust auch unter folgenden Aspekten betrachten:

1. es gibt eine konkrete Ursache für die Dehydratation:
 - Erbrechen
 - Diarrhoe
 - Fieber und somit vermehrte Schweißsekretion
 - Flüssigkeitsverluste infolge Blutung, Drainage, stark sezernierende Wunden / Fisteln
 - Als Folge von Diuretikatherapie etc.
2. Die Dehydratation wird gezielt als therapeutische Massnahme angestrebt, um einen sterbenden Menschen nicht mehr mit künstlich zugeführter Flüssigkeit zu belasten.

Im Gegensatz zur Dehydratation steht die Hydratation. Laut DUDEN (1996, S. 361) werden bei der Hydratation die Hydrate gebunden. Die Hydrate wiederum sind Verbindungen chemischer Stoffe mit Wasser.

3.2. Unterscheidung Hydratation / Dehydratation

Die folgende Unterscheidung habe ich aus verschiedenen Büchern zusammengetragen: Gerlacher (2006), Jecklin (2004) und Spornitz (2004).

Bei einer Hydratation wird dem Menschen per oral, über die Magen-/PEG-Sonde, intravenös oder subcutan Flüssigkeit zugeführt. Das Ziel ist dabei, ein Flüssigkeitsdefizit zu vermeiden.

Bei einer Dehydratation geht mehr Flüssigkeit verloren, als zugeführt wird. Die Folge davon ist ein Volumenmangel. Dies kann bewusst oder unbewusst geschehen.

3.3. Wann ist eine Dehydratation zu erwarten?

Die nachfolgenden Punkte führen dazu, dass der Erkrankte weniger Flüssigkeit erhält, als er benötigen würde:

- Der Patient leidet unter Appetitlosigkeit und / oder Übelkeit
- Der Patient hat Schluckstörungen, infolge eines Tumors im Ösophagus
- Trinkunfähigkeit durch ausgeprägte Schwäche
- Zunehmende Bewusstseinstörung unter Einsatz von Sedativa oder auch als Folge des Fortschreitens der Erkrankung
- Fatigue mit Trinkunlust
- Ileus
- Ausdrücklicher Wille und Wunsch des Patienten, auf Infusionen zu verzichten

Dieses Defizit an Flüssigkeitsaufnahme kann entstehen, weil der Patient es so will, er aufgrund seines Zustandes auf fremde Hilfe angewiesen ist um Flüssigkeit zu bekommen oder aufgrund seiner Erkrankung nicht ausreichend Flüssigkeit aufnehmen kann.

3.4. Symptome und Zeichen einer Dehydratation

Die folgenden Symptome stehen nicht immer mit einer Dehydratation in Zusammenhang:

- Durstgefühl
- trockene Mundschleimhaut und rissige Lippen, die am Sprechen hindern
- Schluckbeschwerden
- verminderter Ernährungszustand der Haut (Elastizitätsverlust, verminderte Durchblutung, trockene Haut)
- Konzentrationsstörung
- Nervosität, Unruhe
- Wirre Gedanken, Halluzinationen
- Kopfschmerzen als Folge des Volumenmangels
- Veränderte Atmung (weniger Atemnot, Husten, unter Umständen zäher, trockener Schleim)
- Veränderte, herabgesetzte renale Leistung
- Oligurie
- Obstipation
- Schwindel, Schwächegefühl
- Apathie, Somnolenz

Es besteht die Gefahr, dass andere Ursachen als Auslöser der erwähnten Symptome übersehen werden. Deshalb müssen wir gut beobachten, um andere Ursachen obiger Symptome zu erkennen.

Unter anderem kann ein Medikament oder ein Infekt zur Wesensveränderung bei Patienten führen. Das Absetzen des Medikamentes oder die Behandlung des Infektes kann zu einer Verbesserung der Situation führen.

Opioide oder Antidepressiva werden von den meisten Tumorpatienten eingenommen. Eine Nebenwirkung dieser Medikamente ist die Mundtrockenheit. Diese Mundtrockenheit darf nicht mit Durst verwechselt werden, weil sie das Resultat einer medikamentösen Therapie ist und nicht eine Folge der Dehydrierung.

3.5. Folgen einer Dehydratation

Die unten erwähnten Folgen sind eine logische Abfolge bei einer zunehmenden Hypovolämie infolge Dehydrierung. Der Körper versucht zunächst die Hypovolämie auszugleichen, indem er vermehrt Flüssigkeit zurückbehält und weniger Säfte bildet. Wenn das nicht ausreicht, kann es zu folgenden Symptomen kommen.

- BD-Abfall
- Tachykardie infolge Hypovolämie
- Erhöhte Blutwerte, z. Bsp. Hämatokrit, Natrium, Harnstoff, Kreatinin
- Reduktion der Magensäfte führt zur Verminderung von Erbrechen
- Ödem nehmen ab
- Bronchialsekrete nehmen ab
- Vermehrte Dekubitusgefahr infolge verminderter Hautdurchblutung
- Oligurie bis Anurie
- Zunehmende Bewusstseinstörung bis Verwirrung
- Delirium
- Koma

Eine Dehydratation in der Sterbephase führt zu Symptomen, die von den Kranken unterschiedlich wahrgenommen werden. Oft empfindet der Patient die Folgen einer Dehydratation gar nicht als störend. Ein Beispiel ist die verminderte Ausscheidung als Folge der Dehydrierung. Der Patient benötigt keinen Dauerkatheter, da die geringe Urinmenge mit Einlagen aufgefangen werden kann. Im Weiteren muss der Patient nicht so oft gedreht werden, um die Einlage zu wechseln, was er als angenehm empfindet.

Die beschriebenen Symptome können in einem langen Sterbeprozess zu Problemen bei der Betreuung des Patienten führen. Sie können aber auch mögliche Leiden, die bei einer Hydratation entstehen, vermeiden (Knipping, 2003).

3.6. Symptome und Zeichen einer Hyperhydratation

Bei einer Hyperhydratation wird dem Körper zuviel Flüssigkeit zugeführt. Die subjektiven Zeichen sind:

- Gut gefülltes Venensystem
- Gesteigerte Urinausscheidung
- Vermehrtes Erbrechen
- Zunahme des Körpergewichts
- Rasselnde Atmung

3.7. Folgen einer Hyperhydratation

Kann der Körper die zuviel zugeführte Flüssigkeit nicht auf natürlichem Weg ausscheiden, vergrößert sich der Extra- und Intrazellulärraum. Es kommt zu:

- Ödeme
- Atemnot und Lungenödem
- Pleuraergüsse
- Aszites

4. Studien zur Dehydratation

Ich habe versucht, Studien zu finden, die klare Aussagen zur Dehydratation beinhalten. In verschiedenen Artikeln oder Vorträgen wurde auf Studien hingewiesen. Trotzdem konnte niemand klare Beweise aufzeigen, die eine Dehydratation mit ihren Folgen rechtfertigen.

Werni (2005) verglich in einer Studie mit 52 Patienten die Lebensqualität im Zusammenhang mit der Flüssigkeitsgabe. Dabei zeigte sich, dass parenterale Flüssigkeitszufuhr keinen Einfluss auf die Symptome wie Mundtrockenheit, Durstgefühl, Schwindel und Müdigkeit hat. Die beteiligten Patienten wiesen ohne Infusion die gleich starken Symptome auf wie mit parenteraler Flüssigkeitszufuhr.

Trotzdem stellt Werni-Kourik (2007) die Indikation für parenterale Flüssigkeitszufuhr, wenn:

- Durch Dehydratation bedingte Unruhe, Somnolenz, Muskelkrämpfe und toxische Konzentrationen von Arzneimitteln entstehen
- Der Patient trotz intensiver Mundpflege über Durst klagt, der durch orale Zufuhr nicht gelindert werden kann
- ein Zweifelsfall vorliegt, zum Beispiel bei komatösen Patienten.

Werni (2005) zeigte auch auf, dass in Grossbritannien bei einer Untersuchung festgestellt wurde, dass 75 % aller terminal erkrankten Patienten mit einer liegenden Infusion verstorben sind. Somit folgerte sie, dass eine forcierte Flüssigkeitsgabe hinsichtlich der Überlebenszeit nicht bewiesen ist und eine Verbesserung der Lebensqualität nur vermutet werden kann.

Klaschik (2002) und Husebo et al (2003) in Knipping (2006, S. 303) haben Studien zur Dehydratation durchgeführt. Sie konnten nachweisen, dass eine Dehydratation nicht zu einem vorzeitigen Tod führt. Trotzdem darf der ethische Aspekt nicht vergessen werden, dass der Patient gefühlsmässig eine Verlängerung des Lebens mittels Infusionen für möglich hält.

Die Bremer Heimstiftung befragte 2003/2004 89 Bewohner zum Thema Sterben im Heim. Die Stiftung bezeichnet die Umfrage als Momentaufnahme und Stimmungsbild und will nicht als repräsentativ gelten.

In dieser Umfrage galt eine Frage dem Essen, respektive dem Trinken. Dabei zeigte sich, dass für 75 % der Bewohner es sehr wichtig ist, dass ihre Wünsche betreffend der Ablehnung von Essen und Trinken respektiert werden.

Ebenfalls wurden 30 Angehörige in der Umfrage der Bremer Heimstiftung zu ihrer Meinung befragt. Es zeigte sich, dass die Angehörigen in der Begleitung der sterbenden Menschen die zentralen Bezugspersonen sind. Die Angehörigen wünschen, dass sie in die Entscheidung zur Flüssigkeitszufuhr mit einbezogen werden. Sie wollen, dass das Verweigern von Essen und Trinken durch den Heimbewohner vom Personal respektiert wird.

Burge in Vogel (2000) zeigte 1993, dass in Spitälern der Wunsch der Angehörigen die zweithäufigste Indikation für eine Infusionstherapie war.

Auch bei meiner Arbeit erlebe ich immer wieder, dass die Patienten in der Sterbephase noch Infusionen erhalten. Die Ärzte können nicht zusehen, wenn der Patient Durst als belastendes Symptom angibt.

Burge in Feichtner (2002) zeigte 1993, dass Durst und trockener Mund bei terminal Kranken nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Menge der eingenommenen Flüssigkeit stehen. Das heisst, dass der Durst durch einen trockenen Mund ausgelöst wird, aber kein Symptom der Dehydratation ist. Somit bedeutet dies auch, dass in diesen Fällen eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nicht sinnvoll ist.

Es ist schwierig, zwischen Mundtrockenheit und Durst zu unterscheiden. Selten bringt die Infusion eine Verbesserung der trockenen Mundschleimhaut. Eher nehmen die belastenden Symptome zu, wie ich in Kapitel 3.7. beschrieben habe.

Mit intensiver Mundpflege erreichen wir oft mehr. Der terminale Patient gibt seltener Durst an. Ein Luftbefeuchter kann das Raumklima zusätzlich verbessern und dem Patienten die Mundtrockenheit mildern.

5. Was kann den Entscheid zur Dehydratation beeinflussen?

Flüssigkeit bedeutet für alle Menschen Leben. Betreuen wir einen kranken Menschen, so sehen wir es als unsere Pflicht an, auch in der Terminalphase für einen ausgeglichenen Wasserhaushalt zu sorgen.

Vogel in Weissenberger (2000) schlägt zur Entscheidungshilfe die „W-Fragen“ vor:

- ***Wer** will die Rehydratation: der Patient? Die Familie? Das Team?*
- ***Warum** wird diese Intervention gewünscht? Um die Symptome zu kontrollieren? Als Nahrungszufuhr? Um etwas zu tun, was konventionellerweise getan wird? Um das Leben zu verlängern?*
- ***Welche** sind die Risiken und welche sind die Vorteile für diesen speziellen Patienten?*
- ***Wo** wird der Patient gepflegt? Schliesst eine Rehydratation eine Rückkehr nach Hause aus?*
- ***Wann** im Verlaufe der Krankheit wird eine Rehydratation in Betracht gezogen?*

Diese „W-Fragen“ sind für mich sehr hilfreich. Es zwingt uns, eine Entscheidung zu überdenken. Nicht nur das behandelnde Team, sondern auch die Angehörigen können zu obigen Fragen eine Antwort finden.

Folgende Punkte beeinflussen nach Piccoliori (Jahr unbekannt) weiter unsere Entscheidung für oder gegen eine Dehydrierung:

- Physische
- Moralische
- Ethische: da für mich dieser Aspekt sehr wichtig ist, eigne ich ihm ein eigenes Kapitel (siehe Kapitel 6)
- Rechtliche
- Soziale
- Kulturelle

Diese erwähnten Punkte bedeuten im Detail folgendes:

Physische Punkte

Durst und Mundtrockenheit dürfen nicht gleichgesetzt werden. Die Patienten leiden oft an einer Mundtrockenheit, die das Sprechen erschwert, ohne dass sie Durst haben.

Oft können die Sterbenden bis kurz vor dem Tod noch kleinste Mengen an Flüssigkeiten schlucken. Mittels intensiver Mundpflege kann das Austrocknen der Mundschleimhaut verhindert und das Durstgefühl vermindert werden.

Eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr führt nicht zwingend zu einer Verbesserung der Mundtrockenheit. Daher ist eine sorgfältige Mundpflege auch hier weiterhin nötig.

Moralische Punkte (=Sitte, Brauch, Gewohnheit)

Da Essen und Trinken zu den Grundbedürfnissen und Grundrechten des Menschen gehören, fühlen sich die Menschen im Umfeld des Patienten verpflichtet, zu handeln. Also hilft uns der Griff zur Infusion, unserer Hilflosigkeit zu begegnen. Die Infusion kann auch ein symbolischer Akt, ein Ritual sein, mit dem die Fürsorge ausgedrückt wird.

Wenn wir aus wohl überlegten Gründen nun einem Kranken die Flüssigkeit verwehren, dann fühlen wir uns schuldig. Wir geraten in einen Konflikt: führen wir passive Sterbehilfe aus, weil wir die Verkürzung des Lebens eventuell bewusst in Kauf nehmen?

Künstliche Flüssigkeitszufuhr wird zur Pflicht bei einer lebenserhaltenden Situation. Bei Patienten in einer palliativen Situation wird jedoch eine Linderung des Leidens angestrebt, nicht eine Verlängerung des Lebens.

Rechtliche Punkte

Aufgrund vieler Medienberichten stehen heute Sterbeorganisationen im Rampenlicht der Gesellschaft. Das Recht auf Selbstbestimmung des eigenen Lebens wird von vielen Menschen diskutiert.

Personen, die von uns behandelt werden, haben ein Recht auf Selbstbestimmung betreffend ihrer Ernährung. Das Recht auf Freiheit wird höher bewertet als die Pflicht zur Lebenserhaltung. Verweigert nun ein terminaler Patient das Essen und Trinken, so haben wir keine Befugnis, ihn gegen seinen Willen zu ernähren. Voraussetzung ist, dass der Patient gut informiert und urteilsfähig ist.

Eine Patientenverfügung bildet für die Pflegeteams eine rechtliche Grundlage. Hier kann der Betroffene seine Wünsche für die Behandlung während der Sterbephase formulieren. Er bezeichnet auch Personen, die seine Interessen vertreten, sollte er aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dazu in der Lage sein.

Soziale und kulturelle Punkte

Beim Essen und Trinken, setzen sich die Menschen zusammen und pflegen soziale Beziehungen. Deshalb fällt dem gesellschaftlichen Aspekt eine grosse Rolle zu. Kulturelle und religiöse Unterschiede haben eine grosse Bedeutung. Das Anerbieten von Essen und Trinken zeigt den Ausdruck von Fürsorge und Gastfreundschaft.

Nimmt die Trinkmenge des terminal erkrankten Patienten ab, so zeigt er Zeichen des Rückzugs von einer der zentralsten Lebensaktivitäten. In vielen Ländern bedeutet dieser Moment, dass der Betroffene bald sterben wird.

Die Angehörigen können sich nicht so rasch in das Schicksal ergeben. Sie flössen dem Kranken so lange wie möglich Flüssigkeit ein. Würden sie dieser „Pflicht“ nicht nachkommen, würden sie sich schuldig fühlen, die Pflege für ihren Kranken vernachlässigt zu haben.

6. Ethische Überlegungen

Gemäss Duden (1996, S. 264) wird unter „Ethik“ die Sittenlehre verstanden. Sie beinhaltet die Gesamtheit der sittlichen und moralischen Grundsätze einer Gesellschaft. Vor allem das Verhalten der Gesellschaft den Mitmenschen gegenüber ist von ethischen Grundsätzen geprägt. Im Bereich der Palliative Care ist die Ethik ein immerwährendes Thema. Aus diesem Grund widme ich den ethischen Überlegungen ein eigenes Kapitel.

In der Sterbephase kommt es auf natürliche Weise zu einer Dehydratation. Der Erkrankte hat ein vermindertes Flüssigkeitsbedürfnis. Später fehlt ihm die Kraft, die Flüssigkeit auf oralem Weg selbständig zu sich zu nehmen. Mit unserem Wissen könnten wir ab hier in die Natur eingreifen und eine künstliche Flüssigkeitszufuhr gewährleisten. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die Flüssigkeitszufuhr zur Stillung eines Grundbedürfnisses oder als therapeutische Massnahme zu sehen ist (Baumann-Hölzle et al, 2006).

Von einer Verletzung des Menschenrechts auf Nahrung spricht man dann, wenn ein Staat seiner Verpflichtungen nicht nachkommt. Die Staaten sind durch das internationale Abkommen, wie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, die auch das Recht auf Nahrung beinhaltet, an die Wahrung von Menschenrechten gebunden. (Goethe, 2007).

Kann nun ein Mensch nicht mehr selbständig und ausreichend Flüssigkeit aufnehmen, so werden er selbst, die Angehörigen und die medizinisch involvierten Personen gefordert. Sie müssen in der terminalen Phase entscheiden, wie die Flüssigkeitsgabe erfolgen soll. Für alle gilt Flüssigkeit als das Symbol für Leben. Ist die Unterlassung von Flüssigkeitssubstitution passive Sterbehilfe, weil wir eine Verkürzung des Lebens in Kauf nehmen?

Goethe erklärt uns, dass zuerst die Ist-Situation angesehen werden muss, um eine Entscheidung zu treffen:

- Leidet der Patient an Durst?
- Kann der Patient noch selbständig Flüssigkeit aufnehmen?
- Wie sieht der Krankheitsverlauf aus?
- Besteht eine terminale Situation?

Weitere Entscheidungshilfen sind:

- Was will man mit der intravenösen Flüssigkeitszufuhr erreichen?
- Ist das mögliche Vorgehen mit dem Patienten oder den Angehörigen besprochen worden?

Nun stellt sich die Frage, ob es ethisch vertretbar ist, künstlich Flüssigkeit zuzuführen oder ob eine Unterlassung von Flüssigkeitsgabe ebenfalls ethisch zu verantworten ist.

Der Patient alleine entscheidet darüber, wie wir handeln sollen. In offener Kommunikation können wir ihm unsere Überlegungen zu einer Dehydrierung darlegen. Durch eine gute, einfühlsame Information können wir mit dem Patienten das Vorgehen während des Sterbeprozesses besprechen. Er muss wissen, dass wir ihn nie alleine lassen und unsere Entscheide immer wieder überdenken werden (Van der Arend, 1996).

Ist der Patient nicht mehr in der Lage mit uns zu sprechen, können wir uns im günstigsten Fall auf seine Patientenverfügung berufen. Diese sollte für uns verbindlich sein, da sie seinen Willen aufzeigt. Haben wir aber keine solche Unterlagen, sind wir auf den Rat der Angehörigen oder das soziale Umfeld des Patienten angewiesen. Sie kennen vielleicht die Überzeugung des Sterbenden aus besseren Tagen.

Stehen uns aber keinerlei Hinweise zur Verfügung, muss das behandelnde Team entscheiden, um die Familie des Patienten zu entlasten.

Für uns gelten die Richtlinien der WHO 2002 (Knipping 2006, S. 294). Hier steht im Zentrum aller Bemühungen die Aufmerksamkeit, eine bestmögliche Einflussnahme auf das umfassende Wohl des Patienten und seiner Angehörigen anzustreben. Das heisst auch, dass wir als Ziel eine bestmögliche Lebensqualität des Erkrankten anstreben. Es gibt keinen Standard, der uns die Entscheidung abnimmt, ob auf eine Flüssigkeitssubstitution verzichtet werden soll oder wir mit intravenöser Flüssigkeitsgabe einsteigen. Wir müssen somit alle Fakten genau studieren und die Vor- und Nachteile systematisch abwägen.

Der Verzicht auf eine intravenöse Flüssigkeitsgabe, bedarf reiflicher Überlegung. Im Mittelpunkt steht der Patient mit seiner ihm eigenen Krankheitsgeschichte. Es macht keinen Sinn, intravenös Flüssigkeit zuzuführen, um das Gefühl aller Betroffenen zu beruhigen. Dieser Aktivismus könnte im Gegenzug zu einer Zunahme der Beschwerden beim Patienten hervorrufen.

Hat ein Patient noch einen eventuell realisierbaren Wunsch vor Augen, dann kann eine Flüssigkeitsgabe erforderlich sein. Ein solches Ziel ist zum Beispiel noch die Rückkehr in die Heimat oder der Besuch eines bestimmten Familienmitgliedes. In diesem Fall soll die Behandlung so wenig invasiv und belastend wie möglich stattfinden. Unser angestrebtes Ziel ist die Lebensqualität so zu erhalten, dass der Wunsch des Patienten noch realisierbar sein könnte.

Egal welche Entscheidung wir treffen. Es gilt zu beachten, dass bei einer schlecht einzuschätzenden Situation eine Flüssigkeitsgabe vor den –verzicht zu stellen ist. Jeder Entscheid muss bei uns auf der Station zum Wohl des Patienten im Verlauf der folgenden 24 – 48 Stunden neu evaluiert und entsprechend angepasst werden.

In all unseren Überlegungen dürfen die Angehörigen nicht vergessen werden. Sie sind oft noch mehr belastet als der Patient selber. Müssten sie die Entscheidung zur Flüssigkeitssubstitution mit ja oder nein beantworten, kämen sie unter massiven Druck. Ein Gefühl über Leben und Tod zu entscheiden, kann aufkommen. Dies nicht nur in der aktuellen Situation, sondern auch Jahre später.

Wird ihnen die Entscheidung von ärztlicher Seite abgenommen, können sie eine Dehydratation als Verzicht auf eine Behandlung verstehen. Dies kann vom psychologischen Standpunkt her gesehen sehr belastend sein. Die Angehörigen können bei einem Verzicht auf intravenöse Flüssigkeitsgabe das Gefühl haben, wir würden den Patienten verdursten lassen. Sie verlieren jegliche Hoffnung, auch wenn sie über die Krankheit mit ihren Folgen aufgeklärt sind.

Wir sind gefordert, die Familienangehörigen in unsere Entscheidungen miteinzubeziehen und ihnen Empathie entgegen zu bringen. Unser Ziel muss es sein, die Angehörigen nicht mit einem Gefühl der Machtlosigkeit und des Unverständnisses alleine zu lassen.

Am Schluss sollte eine Entscheidung getroffen werden, die dem Willen des Patienten entspricht und mit dem sich alle Betroffenen einverstanden erklären können. Dies schafft die notwendige Sicherheit, den Entscheid weiterzutragen.

7. Fallbeispiele

Ich habe aus meinem Alltag zwei Fallbeispiele ausgewählt. Sie sollen aufzeigen, wie es zum Entscheid zur Hydrierung, respektive zur Dehydrierung kam.

7.1. gezielt angestrebte Dehydratation

Frau H. ist 81 Jahre alt. Vor fünf Jahren wurde ein metastasierendes Karzinom der Papilla hepato-pancreatica diagnostiziert. Nach diversen Operationen konnte sie bis vor zwei Jahren zuhause selbständig leben.

Vor zwei Jahren trat sie wegen einem Subileus wieder ins Spital ein. In der Folge wurde ein Tumorrezidiv im CT-Abdomen erkannt, das in die Bauchdecke infiltrierte. Eine palliative Chemotherapie führte zu einer Tumorregredienz.

Nach einem weiteren Jahr immer wieder Hospitalisation wegen mehrmaligem Subileus. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich. Die Ursache lag in einer langstreckigen, zirkulär und stenosierend wirkender Wandverdickung am mittleren Sigma. Die Stuhlentleerung wurde zunehmend ein Problem.

Aufgrund der progredienten Situation verlangte die Patientin und die Angehörigen ein Gespräch über die Therapiemöglichkeiten. Frau H. äusserte klar den Wunsch, ihre letzten Tage auf der Palliativstation zu verbringen.

Wir lernten eine Patientin kennen, die klare Vorstellungen von ihrem Aufenthalt bei uns hatte. Sie wusste, dass ein Austritt nach Hause nicht mehr in Frage kam. Sie erklärte klar, dass sie ihren Kindern nicht zur Last fallen wolle und froh wäre, wenn sie einfach nicht mehr aufwachen würde. Sie verlangte klar den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen, inklusive Antibiotika- und Infusionstherapie.

Wenn sie Nahrung oder Flüssigkeit aufnahm, löste dies krampfartige Bauchschmerzen aus. Da sie später auch immer wieder fäkal erbrechen musste, suchten wir das Gespräch mit ihr. Die Einlage einer Magensonde zur Entlastung lehnte die Patientin strikte ab. Sie war überzeugt, dass Bauchmassagen (durchgeführt von ihrem Sohn) kombiniert mit Einläufen ausreichend helfen. Mit Einläufen, Nahrungskarenz und Infusionstherapie erhofften wir uns eine Verbesserung der Situation und Frau H. war damit einverstanden.

In den folgenden Tagen fühlte sich die Patientin etwas besser. Trotzdem musste sie immer wieder fäkale Flüssigkeit erbrechen. Als der Leidensdruck zu gross wurde, willigte sie der Einlage einer Magensonde zu. Danach fühlte sie sich innert weniger Minuten besser. Sie fühlte sich erleichtert und konnte endlich nachts schlafen, was sie sehr glücklich machte.

Jetzt konnten wir eine klare Verbesserung der Situation erkennen. Frau H. musste nicht mehr erbrechen, der Bauchdruck blieb weg und der Umfang nahm ab. Sie durfte auch wieder flüssige Kost zu sich nehmen, da diese über die Magensonde direkt wieder abgesogen wurde. Die Infusionstherapie wurde vorerst weitergeführt. Als die Patientin Durst äusserte, wurde die Infusion vorübergehend erhöht.

Weil Frau H. die Nahrungsaufnahme sehr viel bedeutete, erreichten wir mit der obigen Massnahme sehr viel. Sie konnte ohne Ekel wieder ihrem Hobby, Rezepte zu sammeln und Kochsendungen zu verfolgen, nachgehen.

Die Patientin äusserte weiterhin, Durst zu haben. Eine vorübergehende Steigerung der Infusionsmenge führte nicht zu einer Verbesserung der Situation. Dem Durstgefühl konnte sie am Besten entgegentreten, indem sie uneingeschränkt Trinken durfte. Sie genoss die verschiedenen Säfte und Suppen. Da es Winter war, liess sie sich von den Angehörigen Orangen bringen, deren Schnitze sie mit Genuss aussaugte.

Während der Infusionstherapie zeigten sich bald neue Beschwerden: Frau H. nahm an Gewicht zu. Sie meinte, in den Ödemen ertrinken zu müssen. Sie entwickelte beidseits zunehmend Beinödeme, was sie in der Beweglichkeit einschränkte. Mittels Lymphdrainage, welche die Patientin sehr schätzte, hatten wir guten Erfolg.

Mit zunehmender Schwäche und schliesslich vollständiger Bettlägerigkeit, wünschte die Patientin klar die Beendigung der parenteralen Flüssigkeits-Substitution. Sie wollte möglichst schnell sterben, da sie unter ihrer zunehmenden Unselbständigkeit litt. Ihrem Wunsch wurde nach einem ausführlichen Gespräch im Beisein ihrer Tochter entsprochen.

Dank der subcutanen Gabe von Buscopan alle sechs Stunden hatte Frau H. keine abdominellen Beschwerden mehr. Neu litt sie dagegen unter Bauchschmerzen. Sie erbat sich einen Magenschutz, den wir ihr in Form von Pantozol intravenös gaben.

Zwei Wochen nach Sistierung der Infusion hatte die Patientin einen Urininfekt, der sie sehr plagte. Sie wünschte, eine Therapie und erhielt Antibiotika. Dies führte nach kurzer Zeit zum Erfolg und verbesserte die Lebensqualität von Frau H. erneut.

Ihre Kinder waren immer wieder anwesend und unterstützten Frau H. in jeder Krankheitsphase. In der Folge wurde die Patientin immer schwächer. Sie schlief vermehrt und war insgesamt ruhiger. Damit sie keinen Durst verspürte, machten wir intensiv Mundpflege. Die Angehörigen unterstützten uns, indem sie Frau H. den Mund fast alle 15 Minuten besprayten. Im Weiteren installierten wir einen Luftbefeuchter, um das Raumklima zu befeuchten. Im allgemeinen war sie mit der Situation zufrieden, auch wenn sie das Ende herbeisehnte.

Zehn Wochen nach dem Eintritt auf die Palliativstation und sechs Wochen nach Beendigung der Infusionstherapie war Frau H. nicht mehr ansprechbar und verstarb in Anwesenheit ihrer Angehörigen.

7.2. Reflexion zur Dehydratation

Für Frau H. hatte die Ernährung einen grossen Stellenwert. Trotz ihrem Entscheid, sich dem Tod zu stellen, wollte sie nicht auf orale Ernährung verzichten.

Erst durch den Leidensdruck, verursacht durch das viele Erbrechen, liess sie sich eine Magensonde legen. Sofort steigerte sich ihr Wohlbefinden. Sie fand wieder Freude am Leben, weil sie ungehindert trinken durfte.

Ihrem Durstgefühl begegnete sie ideenreich. Sie trank alle möglichen Flüssigkeiten. Vor allem die Orangenschnitze liebte sie. Sie saugte die Schnitze aus oder kaute auf ihnen herum.

Mit der Magensonde an Ableitung musste Frau H. nicht mehr erbrechen. Ihre Energie kehrte zurück. Sie konnte sogar mit ihren Kindern ab und zu einen kleinen Ausflug unternehmen.

Die Infusionstherapie erwies sich nach einer gewissen Zeit als ungeeignet. Frau H. konnte ihr Befinden klar formulieren. Ihre Beschreibung, das Gefühl des Ertrinkens unter Infusionstherapie, war für mich sehr eindrücklich.

Frau H. konnte bis zuletzt ihre Wünsche mitteilen. Dies half bei den Entscheidungen der Therapie. Die Angehörigen waren durch die Erklärungen von uns gut informiert. Sie unterstützen die Patienten in jeder Krankheitsphase.

Wir alle, Angehörige, Pflorgeteam und Ärzte hatten nie das Gefühl, dass Frau H. in den letzten Lebenstagen leiden musste.

7.3. abgelehnte Dehydratation

Herr N. ist 66 Jahre alt und leidet seit acht Jahren an einem Adenokarzinom des Antrums. Ursprünglich wurde in Ungarn eine Magenteilresektion und Billroth-Operation durchgeführt. Sechs Jahre später wurde ein Tumorrezidiv mit Peritonealkarzinose diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt konnte nur noch palliative Chemotherapie durchgeführt werden.

Nach einem weiteren Jahr trat der Patient wegen Ascites, Abfluss-Stauung der rechten Niere und Stenosen des Darmes wieder stationär ein. Er wurde zwei Monate auf der Akutmedizin behandelt. Dort hatte er eine Magensonde klar verweigert, obwohl er immer wieder massiv erbrechen musste. Ihm wurde erklärt, dass feste Nahrung verboten sei. Trotzdem bestellte er bei seiner Gattin immer wieder Fleisch. Er wollte klar zu Kräften kommen, was nach seiner Ansicht nur mit „echter“ Nahrung stattfinden konnte.

Als sich sein Zustand zunehmend verschlechterte, musste er sich entscheiden, ob er mit dem Auto nach Ungarn fährt oder ob er auf die Palliativstation wechselt. Da die Organisation der Reise nach Ungarn schwierig war und sich immer wieder verzögerte, entschied er sich, vorübergehend auf die Palliativstation zu kommen.

Als Herr N. zu uns kommt, erkundigt er sich zuerst, ob er bei uns in der Todeszone sei. Er ist sehr schwach, äussert auf der Visite klar den Wunsch, in seine Heimat nach Ungarn zu reisen, um dort zu sterben. Er erklärt uns, dass er seine Leute alle schon organisiert habe, ebenso die Beerdigung vor Ort. Dieses Ziel erklärt er täglich immer wieder aufs Neue. Seine Gattin und seine Kinder sehen alles anders. Sie sind strikte gegen eine Reise, da ihn in Ungarn niemand betreuen könne und das Geld dazu fehle.

Das Krankheitsbild von Herr N. lässt uns zweifeln, ob eine Rückkehr stattfinden kann, solange er lebt. Er ist sehr schwach und schläft viel. Oft wird er von massiven Hustenanfällen, bei denen er zähen Schleim hochbringt, aus dem Schlaf gerissen. Er leidet an einer Urin- und Stuhlinkontinenz. Seine Haut ist noch intakt, da wir stündlich Nässekontrolle machen und den Patienten frisch betten.

Wir belassen die Therapie der parenteraler Ernährung und führen ansonsten eine symptomatische Therapie durch. Sein Erbrechen wird erfolgreich mit Antiemetika behandelt. Er erhält fix Durogesic-Pflaster gegen seine Schmerzen und bei Bedarf noch Morphin subcutan. Um der Gefahr einer Magenblutung entgegenzutreten, erhält er fix Pantozol intravenös. Seine Hustenanfälle können mit Dicodid subcutan reduziert werden.

Obwohl sich sein Allgemeinzustand täglich verschlechtert, wird nicht auf die parenterale Ernährung verzichtet. Dies vor allem im Wissen um seinen letzten Wunsch. Wir möchten nicht, dass Herr N. das Gefühl hat, dass wir ihn aufgeben. Er soll weiter darauf hoffen können, dass eine Heimkehr noch stattfinden kann.

Herr N. beginnt an Gewicht zuzunehmen. Da er keine Zunahme von belastenden Symptomen, wie vermehrtes Erbrechen oder Ascites zeigt, belassen wir die parenterale Ernährung wie bis anhin.

Als die Schwäche zunimmt, belastet den Patienten vor allem der Schleim im Hals, den er nicht mehr hoch husten kann. Wir entschliessen uns zur Drosselung der parenteralen Ernährung. Er merkt es nicht, sondern ist froh, dass seine Hustenanfälle nachlassen und er nicht mehr so oft im Nassen liegt.

Zu diesem Zeitpunkt realisiert er, dass er wahrscheinlich Ungarn nicht mehr lebend sehen wird. In dieser Phase unterschreibt er eine Verfügung zuhanden seines Bruders, dass er wenigstens in Ungarn bestattet werden soll. Sein Bruder kümmert sich nun um Alles. Er weiss, dass Herr N. finanziell alles schon geregelt hat. Sogar der Ablauf seiner Bestattung und das Leichenmahl. Von diesem Zeitpunkt an, spricht Herr N. nur noch selten von seinem Ziel, lebend nach Ungarn zu reisen.

In der terminalen Phase mussten wir einen Dauerkatheder legen. Herr N. fühlte sich zunehmend belastet durch das Drehen, wenn wir ihn frisch machten und das Bett neu beziehen mussten.

Beim Lagern erwacht er immer wieder und teilt uns klar mit, dass er keine Schmerzen und keine Atemnot hat.

In den letzten Stunden seines Lebens benötigt er keine zusätzlichen Schmerzmittel mehr. Er wirkt sehr entspannt und kann gut gelagert werden. Der Husten hat aufgehört. Der Patient verstirbt ohne Erbrechen, ohne Zunahme der Ödeme und ohne death rattle.

7.4. Reflexion zur abgelehnten Dehydratation

Herr N. hatte uns gleich zu Beginn darauf hingewiesen, was sein Ziel ist: die Rückkehr in die Heimat nach Ungarn.

Uns war klar, dass er in seinem Zustand Ungarn nicht mehr lebend sehen wird. Trotzdem wollten wir ihm seinen Glauben nicht zerstören. Wir wollten seinen Lebenswillen erhalten.

Wir hörten uns seine Pläne an. Wir versuchten, zwischen seinen Kindern, der Ehefrau und ihm zu vermitteln. Leider konnten wir nicht viel erreichen, da die Familienverhältnisse zu zerrüttet waren.

Die parenterale Ernährung wurde täglich neu überdacht. Wir versuchen, die belastenden Symptome so gering wie möglich zu halten. Das behandelnde Team war sich einig, dass die intravenöse Flüssigkeitsgabe so lange wie möglich weitergeführt werden soll. Wir wollten ihm nicht das Gefühl geben, dass wir ihn aufgeben.

Die Infusionsmenge wurde ohne sein Wissen reduziert, als er unter belastendem Husten und ständigem Liegen im Nassen litt. In der Folge erkundigen wir uns öfters nach seinem Befinden. Er sagte uns, dass er froh ist, weniger Hustenanfälle zu haben und ungehindert schlafen kann.

Herr N. erkannte mit der Zeit selbst, dass eine Rückkehr in die Heimat nicht mehr möglich sein wird. Er sprach die Therapie nicht an, sondern besprach mit seinem Bruder die Zeit nach seinem Tod. Er übergab ihm die Verantwortung für seine Überführung nach Ungarn.

Wir hatten den Eindruck, dass Herr N. noch rechtzeitig alles in seinem Sinne erledigen konnte. Das Gespräch mit seinem Bruder liess ihn ruhig werden. Er konnte loslassen. Er zeigte in der Folge keine Symptome, die auf ein Leiden hinwiesen.

8. Reflexion zur Dehydratation

Das Beispiel von Frau H. ist für mich bezeichnend für eine Dehydrierung. Ich habe schon öfters terminale Situationen erlebt, die ähnlich bei einem Entscheid zu einer Dehydrierung abliefen.

Der Patient und die Angehörigen wollen nicht das Gefühl haben, dass der Erkrankte an Durst leidet. Die Familie kämpft gegen die eigene Hilflosigkeit und flösst dem Kranken Flüssigkeit oder Nahrung ein. Hier müssen wir intensive Gespräche mit allen Beteiligten führen, um ihnen die Gefahr einer Aspiration verständlich zu machen und die Vorteile einer angestrebten Dehydrierung im einzelnen Fall aufzuzeigen.

Gibt der Patient „Durst“ an, so kann sich diese Äusserung auf Mundtrockenheit beziehen. Hier können wir helfen, indem eine angemessene Befeuchtung des Mundes, eventuell mit dem Lieblingsgetränk des Kranken, durchgeführt wird. Diese Massnahme ist oft effizienter, als eine Infusion. Immer, wenn Lippen und Mund trocken sind oder der Patient es wünscht, muss befeuchtet werden. Unter Anleitung können uns die Angehörigen dabei helfen. Sie selbst fühlen sich dann nicht hilf- und nutzlos, sondern beteiligen sich aktiv an der Betreuung des Kranken. Ein feuchter Mund ermöglicht es auch, dass der Kranke noch möglichst lange besser sprechen kann.

Das Erbrechen ist oft die Folge eines Ileus. Mittels einer Magensonde kann die Flüssigkeit aus dem Magen fortwährend abgesogen werden. Dies ermöglicht dem Patienten, flüssige Kost zu sich zu nehmen. Er erhält ein grosses Mass an Lebensqualität zurück. Er kann sein Durstgefühl vermindern indem er trinkt und er kann mit feuchtem Mund besser sprechen. Verschlechtert sich sein Allgemeinzustand, beobachte ich oft, dass parallel dazu auch das Durstempfinden zurückgeht. Trotzdem dürfen wir hier nicht vergessen, intensive Mundpflege anzubieten und durchzuführen. Die Angehörigen helfen hier gerne mit und fühlen sich miteinbezogen.

Generalisierte Ödeme behindern den Patienten bei der Mobilisation und der Lagerung. Der Patient benötigt mehr Kraft um sich zu bewegen, weil die Ödeme zu einer markanten Gewichtszunahme führen. Die Haut über den Ödemen ist gespannt und benötigt intensiv Pflege. Lymphdrainage kann bei Bein- und Armödemen helfen die Flüssigkeit besser auszuscheiden. Liegt aber eine tumorbedingte Abflussstörung vor, so verschiebt sich die Flüssigkeit im Körper und löst Atem- oder Herzprobleme aus.

Eine Dehydratation kann die Neubildung von Aszites und Pleuraerguss nach einer Punktion verzögern. Auch beobachte ich oft, dass sich eine Ileussymptomatik unter reduzierter Flüssigkeitsgabe verbessert.

Eine Dehydratation in der terminalen Phase reduziert die Bildung von Rachen- und Bronchialsekret. Die Vorteile für den Patienten sind, dass er weniger husten muss und ihm das Absaugen erspart werden kann. Auch das „death rattle“ ist seltener zu beobachten.

Ohne Dauerkatheder, den der Patient vielleicht ablehnt, müssen wir in der terminalen Phase mit Inkontinenzeinlagen arbeiten. Wenn durch eine Dehydratation die Urinmenge reduziert wird, ist dies für alle eine Erleichterung. Der Patient muss seltener zum Wechseln der Einlage gedreht werden und wir ersparen ihm teilweise die unangenehme Intimpflege.

Während der Dehydratation muss die Situation immer wieder neu beurteilt werden:

- Starkes Schwitzen oder Fieber kann zu einer Kumulation von Medikamenten führen. Dies erfordert eine neue, angepasste Dosierung.
- Die Symptome des Ileus verschwinden. Die Magensonde kann gezogen werden.
- Die Gefahr von Dekubitus nimmt zu. Eine Wechseldruckmatratze wird erforderlich
- Die Obstipation ist sehr belastend für den Patienten.
- Das Bronchialsekret ist sehr zäh und reizt zum Husten. Luftbefeuchter kann installiert werden.
- Trotz aller Bemühungen tritt das „death rattle“ auf.

In jedem Fall ist eine gute Kommunikation aller Beteiligten nötig. Der Patient und die Angehörigen müssen mit dem Vorgehen einverstanden sein. Damit sie sich über die Vor- und Nachteile einer Dehydratation ein Bild machen können, ist eine gut verständliche Information von den Ärzten und der Pflege sehr wichtig.

9. Reflexion gegen Dehydratation

Ein Fallbeispiel wie das von Herr N. habe ich erst selten erlebt. Trotzdem war es für mich sehr eindrücklich. Wir erreichten mit der Hydrierung, dass er nie die Hoffnung auf eine Rückkehr in die Heimat verlor.

Hat der Patient noch ein Ziel vor Augen, das er mit Flüssigkeitssubstitution noch erreichen kann, dann sind wir verpflichtet zu helfen. Im Zweifelsfall kommt eine Hydrierung immer vor einer Dehydratation.

Bei einer Hydrierung haben die Patienten selten Durst. Sie können gut kommunizieren und uns ihren Willen und Wunsch klar mitteilen.

Solange der Patient noch selbständig Flüssigkeit zu sich nehmen kann, soll dies einer intravenösen Flüssigkeitsgabe vorgezogen werden. Wir entgehen so der Gefahr einer Infektion über die intravenöse Leitung.

Die Hydrierung bedarf guter Beobachtung. Weist der Patient keine belastenden Symptome auf und fühlt er sich wohl, kann man jegliche Flüssigkeitssubstitution belassen.

Leidet der Patient unter einer Dehydratation an orthostatischen Problemen, muss gehandelt werden. Es darf nicht sein, dass er nur noch vom Bett aus seine Umwelt betrachten kann. So lange wie möglich soll er sein Zimmer verlassen können und auch Urlaub sollte möglich sein. Der Patient soll so lange wie möglich am Leben teilnehmen können.

Zeigen sich Zeichen von Agitiertheit, Delirium oder Myoklonien, so muss zum Wohl des Patienten hydriert werden.

10. Ergebnisse

Während meiner Arbeit musste ich erkennen, dass es keine allgemeingültigen Regeln für die Entscheidungsfindung zur Hydrierung oder Dehydratation gibt.

Die Entscheidung für oder gegen eine Dehydratation ist immer wieder weitreichend. Ich spüre oft, dass die Durchführung einer Dehydratation die Gefühle trifft und ethische Grundsätze auf die Probe gestellt werden. Nicht nur der Patient und seine Angehörigen, sondern auch die zuständigen ärztlichen und pflegerischen Personen sind betroffen. Sie alle müssen sich einverstanden erklären können mit der Behandlung.

Deshalb gilt es in erster Linie, die Fakten zusammenzutragen, um Antworten auf folgende Fragen zu erhalten:

- Ist der Patient überhaupt sterbend?
- Wenn ja, in welcher „terminalen“ Situation befindet sich der Patient?
- Welche Prognose kann für den aktuellen Verlauf gestellt werden?
- Wie lautet der Wille des Patienten? Welche Kenntnisse haben die Angehörigen? Liegt eine Patientenverfügung vor?
- Wie ist die Sicht der Angehörigen?
- Was bedeutet es für den Patienten, für seine Angehörigen, die Betreuenden, Flüssigkeit zu verabreichen oder darauf zu verzichten?
- Leidet der Patient aktuell unter belastenden Symptomen?
- Wer will eine Hydratation?
- Was ist das Ziel einer Dehydratation?
- Werden die Symptome durch eine Dehydratation gelindert oder verstärkt? Werden neue Probleme provoziert?
- Sind potenziell belastende Symptome zu erwarten?

Auch wenn wir Antworten auf obige Fragen haben, wird es nie leicht sein, die Entscheidung zu treffen. Jeder Entscheidung trifft unsere Gefühle und unsere ethischen Grundsätze werden auf die Probe gestellt.

In meinen Recherchen liess sich nirgends ein Schema finden, das uns die Entscheidung zur Dehydratation abnimmt. Trotzdem konnte ich eine Liste von belastenden Symptomen zusammenstellen, die uns bei der Entscheidung zur Dehydratation helfen kann.

Sind wir unsicher bei der Entscheidung zur Dehydratation, müssen wir den Therapieversuch über den -verzicht stellen. Wir geben dem Patienten eine Infusion. Nach 24 Stunden gilt es erneut, interdisziplinär (wenn möglich auch mit den Angehörigen) zu evaluieren, ob die gewählte Hydrierung die richtige Entscheidung ist. Sind die Symptome einer Hydrierung belastender als bei einer Dehydratation, so muss die Therapie neu angepasst werden.

Wird eine Dehydratation durchgeführt, so erlebe ich die Patienten immer wieder mit geringeren oder gar keinen belastenden Symptomen. Sie erbrechen zum Beispiel weniger und haben abnehmende Ödeme. Ihr Wohlbefinden steigert sich zunehmend, was ich auch in der Abnahme der verabreichten Reservemedikation beobachten kann.

Solche Erfahrungen helfen mir, die belastenden Symptome besser beurteilen zu können. Ich habe gelernt, mit fundiertem Wissen dem Patienten, seinen Angehörigen, dem Pflegeteam und den Ärzten beratend gegenüber zu treten.

Wichtig ist zu beachten, dass der Patient in seiner ihm eigenen Individualität gesehen wird. Eine Dehydratation muss regelmässig neu überprüft werden und kann jederzeit wieder beendet werden.

11. Schlussteil

Mit dieser Arbeit wollte ich mein Wissen zur Hydrierung und Dehydratation erweitern. Meine Recherchen sollten mir eine Antwort geben auf die Frage: "welche Argumente helfen mit, eine Entscheidung für oder gegen eine Dehydratation zu finden?"

Müsste ich erneut eine solche Arbeit schreiben, würde ich ähnlich vorgehen. Es hat sich bewährt, nach der Disposition mit lediglich einem Autor zu beginnen. Entsprechend den geplanten Kapiteln können die Gedanken einzeln einfließen. Dabei entsteht ein Grundgerüst, das nun mit fortwährend neu erarbeiteter Literatur ausgebaut werden kann. Ich denke, das Sammeln von viel Literatur im Vorfeld bringt nicht viel, weil der Rahmen zu gross werden könnte. Wenig ist nach wie vor mehr.

Das Erarbeiten der Theorie erweiterte mein Wissen. Bald merkte ich, dass es kein Schema geben kann, das uns die Entscheidung für oder gegen eine Dehydratation abnimmt.

Eine gute Beobachtung der Symptome bei terminalen Patienten hilft mit, die Vor- und Nachteile einer Dehydratation systematisch aufzulisten. Das Resultat ist immer eine individuelle Entscheidung, die mit allen Beteiligten besprochen werden muss. Voraussetzung dazu ist eine verständliche und offene Kommunikation zwischen behandelndem Team, Patient und seinen Angehörigen.

11.1. Konsequenzen für die Praxis

Der Patient ist der Mittelpunkt und wir müssen für sein Wohl entscheiden. Um dies möglichst gut zu erreichen, gelten folgende Punkte für die Pflege:

- Genaue Beobachtung des Patienten.
- Kenntnisse der belastenden Symptome bei Dehydrierung und/oder Hydrierung.
- Beobachtungen an die Ärzte weiterleiten.
- Gute Betreuung von Patient und seinen Angehörigen.

Ich hoffe, dass ich bei der täglichen Arbeit mein neu erworbenes Wissen einbringen kann. Es ist mir ein Anliegen, dass meine Arbeitskollegen ebenfalls die belastenden Symptome einer Hydrierung oder Dehydratation erkennen.

Mein Ziel ist es, dass das Pflorgeteam der Palliativpflege fähig ist, bei einer Dehydratation mit einfachen Massnahmen eine Symptomlinderung zu erreichen. Hierzu gehört eine intensive Mundpflege und das Kennen von durstlindernden Massnahmen bei liegender Magensonde.

Unser Oberarzt ist überzeugt, dass die Pflege fähig ist, selbständig die Notwendigkeit einer Magensonde zu erkennen. Wir haben seine Bewilligung, dass wir ohne Rücksprache handeln dürfen, wenn der Patient unter starkem Erbrechen leidet. Dies zeigt, dass wir mit fundiertem Wissen und gut überlegtem Handeln das Vertrauen der Ärzte gewinnen können.

Ich bin gespannt, ob es mir gelingt, mein neu erworbenes Wissen weiterzugeben. Ich werde in der Schule für Krankenpflege und bei einer internen Weiterbildung im Hause als Vertreterin der Palliativstation unterrichten. Ich hoffe, dass ich damit den Gedanken der Palliativ Care weitergeben kann.

11.2. Eigene Gedanken zur Dehydratation

Bevor ich mich mit diesem Thema richtig auseinander gesetzt habe, fühlte ich mich oft überfordert, wenn ich zu meiner Meinung über die Dehydratation befragt wurde:

- Wenn ich den Ärzten eine Änderung der Flüssigkeitszufuhr beim Patienten vorschlagen möchte.
- wenn ich ärztliche Entscheidungen im Team vertreten muss.
- wenn der Patient und/oder seine Angehörigen fachlich beraten werden wollen.
- wenn die Angehörigen die Entscheidung zur Dehydratation anzweifeln.

Bei uns auf der Palliativstation bin ich täglich mit der Frage der Flüssigkeitszufuhr konfrontiert. Früher empfand ich eine Dehydratation als Entscheidung, der Natur ihren Lauf zu lassen. Mit Hilfe der Ärztin lerne ich in der täglichen Praxis, die Symptome des Flüssigkeitshaushaltes exakt zu beobachten und neu zu beurteilen.

Durch die Literaturrecherche zur Dehydratation habe ich mein Wissen vertieft. Ich erkenne heute, dass durch eine Dehydrierung viele belastende Symptome sich mildern oder sogar verschwinden. Der Patient fühlt sich wohler, was die Angehörigen wiederum beruhigt. Wichtig ist zu jedem Zeitpunkt eine gute Kommunikation, damit sich die Betroffenen nicht alleine gelassen fühlen.

Selbstverständlich hat die Hydrierung weiterhin eine Berechtigung. Besonders in Situationen, die psychologisch belastet sind. Sei dies, weil das Gefühl aufkommt, der Patient müsse verdursten oder wir würden den Patienten aufgeben. Auch hier kommt der Kommunikation ein grosser Stellenwert zu.

Heute fühle ich mich sicher, um im Team, beim Patienten oder seinen Angehörigen die durchgeführte Dehydratation zu rechtfertigen. Ich habe gelernt zu argumentieren, indem ich die Vor- und Nachteile der gewählten Therapie aufzeige.

11.3. Eigene Gedanken zur Berufsrolle

Die heutige Pflege lässt sich nicht mehr mit früher vergleichen. Während meiner Ausbildung lernten wir die ärztlichen Verordnungen auszuführen. Wir hatten nichts in Frage zu stellen. Mit dieser Arbeit wurde mir bewusst, wie wichtig die Rolle der Pflegenden in der heutigen Medizin ist:

- Gute Kenntnisse der Theorie helfen, den Patienten in seiner Gesamtheit zu sehen.
- Die Pflege kann mit fundierten Argumenten Vorschläge zur Therapie dem Arzt unterbreiten.
- Die Pflege kann kompetent Fragen beim Patienten und dessen Angehörigen beantworten.
- Die Pflege bildet den Verbindungspunkt zwischen Arzt, Patient und Angehörigen.
- Die Pflege ist für eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten verantwortlich.

Im Pflegedienstes haben wir heute ein breites, vertieftes Wissen. Wir sind in der Lage, den Patienten in seiner Gesamtheit zu betrachten. Wir haben gelernt, die Symptome zu erkennen, die durch eine Veränderung der Krankheit entstehen. Dank diesen Kenntnissen tragen wir in der Pflege viel zur interdisziplinären Zusammenarbeit bei.

12. Literaturverzeichnis

- Baumann-Hölzle R., Imoberdorf R., Koblet K., Ballmer P.E., Rühlin M., Bau R., Büchs U., Cabiallavetta B., Ehrensperger K., Fendt Y., Haller A., Meier-Allmendinger D., Stuber P., Winzeler M., Kündig A.. Ernährungsautonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital. Schweizerische Ärztezeitung (2006). Verfügbar unter http://www.saez.ch/pdf_d/2006/2006-33/2006-33-684.PDF (15.1.08)
- Doenges M. E. / Moorhouse M. F. / Geissler-Murr A. C. (2002). Pflegediagnosen und Massnahmen (3. Auflage). Verlag Hans Huber. Bern. S. 319 – 340.
- DUDEN (1996) Band 1.21. Auflage. Dudenverlag Mannheim Leipzig Wien Zürich.
- Feichtner A.(2002). Kongress für Allgemeinmedizin. Referat: Wieviel Flüssigkeit brauchen sterbende Menschen?. 27. April 2002 Innsbruck. Verfügbar unter: <http://www.tgam.at/kongress2002/referat-feichtner.htm> (15.1.08).
- Gerlacher, U.. Wagner, H.. Wirth W. (2006). Innere Medizin für Pflegeberufe (6. Auflage). Verlag Thieme. Stuttgart.
- Goethe T. (2007). Das universelle Recht auf Nahrung jedes einzelnen Menschen. SWISSAID. Verfügbar unter: http://www.swissaid.ch/global/PDF/unserethemen/11_Recht_auf_Nahrung_Niger.pdf (15.1.08)
- Husebo et al (2003) in Knipping C. (2006). Lehrbuch Palliativ Care. Verlag Hans Huber. Bern.
- Ich möchte einfach einschlafen. Kein Tamtam drum herum (1997). Bremer Heimstiftung. Verfügbar unter: <http://www.hospiz-horn.de/projekte.htm#umfrage> (15.1.08).
- Jecklin, E. (2004). Arbeitsbuch Anatomie und Physiologie.12. Auflage. Urban und Fischer Verlag. S. 306 –312 / 317 – 318.
- Klaschik (2002) in Knipping C. (2006). Lehrbuch Palliativ Care (1. Auflage). Verlag Hans Huber. Bern.
- Knipping, C. (Nov. 2003). Hydration/Dehydration in der Palliative Care. Zusammenfassung aus den Unterlagen zum Palliative Care Seminar der Hospizakademie München (2000).
- Knipping, C. (2006). Lehrbuch Palliative Care. Verlag Hans Huber. Bern. S. 293 – 306.
- Künzli Jörg (2000). Das Recht auf Nahrung als Menschenrecht: Die Verpflichtung der Schweiz. Verfügbar unter: www.humanrights.ch/home/upload/pdf/001012kuenzli.pdf

- Nedwed M. Wasserhaushalt. Verfügbar unter: <http://www.nedwed.biz/artikel/Wasserhaushalt.pdf> (15.1.08)
- Piccoliori G. (Jahr unbekannt) Ethische Überlegungen zur künstlichen Ernährung des Sterbenden. Verfügbar unter: <http://www.provincia.bz.it/sanita/downloads/bioetica/kapitel/7doc>. (15.1.08)
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Version 2002. CD-Rom.
- Spornitz, U. M. (2004) Anatomie und Physiologie (4. Auflage). Springer Verlag. Heidelberg. S. 349 – 361.
- Van der Arend A. u. Gastmans C. (1996). Ethik für Pflegende. Verlag Hans Huber. Bern.
- Vogel B.(2000). Dehydratation bei Sterbenden. Erkennen, benennen, lindern. Caritas Schweiz. Luzern. Quelle unbekannt.
- Weissenberger-Leduc M.(2000). Handbuch der Palliativpflege (zweite Auflage). Springer Verlag. Wien. Seite 47.
- Werni M. (2005) Dehydratation physiologisch?. Ärzte Woche. 19. Jahrgang (19) Verfügbar unter: <http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleID=3239> (18.1.08)
- Werni-Kourik M. (2007). Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der letzten Lebensphase. Palliativkongress 22.6.07. Verfügbar unter: www.palliativmedizin.at/works_abs/w.7htm (18.1.08)