



## Ethische und rechtliche Fragen zur Ernährung am Lebensende

Dr. Roland Martin Hanke

Die Entscheidung, ob am Lebensende oder bei schwerer fortgeschrittener Demenz die Gabe von Nahrung oder Flüssigkeit zwangsweise angeordnet oder fortgesetzt werden soll, obliegt nicht allein dem Entschluss des Bezugssystems eines zu Versorgenden. Es gilt, eine Reihe von Rechtsgrundlagen zu beachten und ethische Grundsätze zu reflektieren.

### Rechtsgrundlagen

Als Rechtsgrundlagen sind relevant:

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (BÄK, 2011)
- Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht (DGAI 1999)
- Ethische Regeln der Intensivpflegenden (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e. V., 1995)
- 3. BtÄndG (Patientenverfügungsgesetz) 01.09.2009

Die Bundesärztekammer führt 2011 aus: „Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes ... Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“, fügt aber hinzu, dass „die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung ... nicht unter allen Umständen“ besteht.

In jedem Fall jedoch hat ein Patient einen definitiven Anspruch auf Basisbetreuung. Zu dieser „gehören u. a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.“ Bei allen rechtlichen Entscheidungen um das Wohl eines Menschen ist die Maßgabe führend, dass diese dem geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu entsprechen hat.

### Für wen gelten die Grundsätze

Die Bundesärztekammer unterscheidet drei wesentliche Gruppen von Betroffenen, die es zu betrachten gilt: Sterbende, Patienten mit infauster (nicht heilbarer) Prognose und Menschen mit schwerster Gehirnschädigung und Bewusstseinsminderung.

1. Für Sterbende gilt, dass ein offensichtlicher Sterbevorgang nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden soll. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. „Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“

2. Im Fall von nicht mehr heilbaren Erkrankungen sei „eine Änderung des Behandlungsziels geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden“. Die Änderung des Behandlungsziels ist gleichzusetzen mit der ärztlich fundierten Feststellung, dass jegliche weiteren Maßnahmen lediglich der Linderung, niemals jedoch der Heilung eines Erkrankungsgeschehens dienen können.

3. Für Menschen mit einer anhaltenden Bewusstseinsbeeinträchtigung wie beispielsweise nach einer Hirnverletzung, einer Dauerbewusstlosigkeit oder einer schweren Demenz gilt der Grundsatz, dass diese allein nicht den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen rechtfertigen. „Art und Ausmaß ihrer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten“.

Solange Zweifel bestehen und keine eindeutige Willensbekundung / -ermittlung vorliegt, hat der Grundsatz beachtet zu werden: „Ergeben sich keine gegenteiligen Anhaltspunkte, so ist davon auszugehen, dass der Patient sich für die lebensrettende oder lebensverlängernde Maßnahme auch dann entscheiden würde, wenn sie nur noch geringe Chancen bietet.“

## Ethische Positionen

Nach Abwägung der Rechtslage haben die ethischen Werte und Normen des Betroffenen wie auch seines Bezugssystems zu denen der ihn tragenden Gesellschaft reflektiert zu werden. Die zu befragenden ethischen Maxime lauten:

- Erwächst aus dem Tun ein Nutzen? (z. B. Leben erhalten, Leiden lindern)
- Schadet es auch nicht?
- Ist die Entscheidung selbstständig und freiwillig getroffen worden? (Autonomie)
- Ist das beabsichtigte Handeln dem Großteil der Mitmenschen gegenüber gerecht?

Eine Behandlung hat demnach fortgeführt zu werden, wenn gewährleistet ist, dass

- sie der Stabilisierung dient und eine Verlängerung / Verbesserung der Lebensqualität zu erwarten ist (Sinnhaftigkeit).

- Nutzen gemehrt, Schaden vermieden wird, das Selbstbestimmungsrecht respektiert ist,
- der Verbrauch von Ressourcen nicht auf Kosten anderer erfolgt und
- eine Aussicht auf Linderung besteht. (Appelton Consensus)

### Fazit

Die Frage, wie am Lebensende mit der Gabe von Nahrung und Flüssigkeit verfahren werden soll, ist für diejenigen, die sich zudem in einer sehr belasteten Lebenssituation befinden, nicht einfach zu lösen. Der Hospizverein Fürth stellt sich aus diesem Grund zusammen mit den Mitarbeitern des Palliativ-Care-Teams Fürth bei Konflikten für ethische Beratungen zur Verfügung.

Diese können im Familienverbund oder zusammen mit dem Pflegepersonal von Altenheimen stattfinden.

### Literaturverzeichnis

3. BtÄndG Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Online verfügbar unter <http://www.buzer.de/gesetz/8927/index.htm>, zuletzt geprüft am 09.04.2012.
- BDA/DGAI (2006): Leitlinie zu Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. EEVL -4.Aufl.-] XIII-Leitlinie: Hg. v. DGAI Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin BDA Berufsverband Deutscher Anästhesisten, zuletzt aktualisiert am 12.05.2006, zuletzt geprüft am 08.04.2012.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Online verfügbar unter [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung\\_17022011.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf) zuletzt aktualisiert am 10.02.2011, zuletzt geprüft am 06.01.2012.
- DGF: Ethik-Kodex. Ethische Regeln der Intensivpflegenden. Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. Online verfügbar unter <http://www.dgf-online.de/ethik-kodex/> zuletzt geprüft am 11.01.2012.
- Stanley, JM (1989): The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment medical treatment. In: Journal of medical ethics, 1989, 15, 129-136 (15), S. 129-136. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375803/pdf/jmedeth00270-0019.pdf> zuletzt geprüft am 06.01.2012.



## „Hunger und Durst müssen grundsätzlich gestillt werden“

Christian Kolb

*Wenn die palliative Situation bestimmend für die Betreuung eines Menschen ist, muss auch über die sachgerechte Vorgehensweise in der Ernährung entschieden werden. Grundsätzlich gilt: Sowohl die künstliche Ernährung als auch der Verzicht auf Ernährung ist unter bestimmten Umständen denkbar. Besonders wichtig sind in jedem Fall die Erarbeitung, Diskussion und Dokumentation der Entscheidung.*

### Richtlinien, Leitlinien & Empfehlungen

Der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ zeigt den Verantwortungsbereich und die Aufgaben der Pflegefachkräfte für das Ernährungsmanagement auf (DNQP, 2009). Er gibt

auch Hinweise zum pflegerischen Handeln bezüglich der Ernährung in der letzten Lebensphase. Daneben existieren weitere wichtige Stellungnahmen und Leitlinien, zum Beispiel die Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bundesärztekammer, 2011), die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Körner U., 2004), der Report von Alzheimer zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende (Alzheimer Europe, 2009) sowie der unter der Mitwirkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern) entstandene „Leitfaden zur künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008).

### Ziele definieren

Zunächst ist es wichtig, gemeinsam im familiären und pflegenden Bezugssystem zu definieren, welches Ziel die durchgeführten pflegerischen und medizinischen Maßnahmen verfolgen. Solange ein Patient von einer Ernährungstherapie voraussichtlich profitiert und diese für sich wünscht, muss sie durchgeführt werden. Solange ein Ernährungsproblem nicht ursächlich mit einem Sterbeprozess zusammenhängt, sollten die Gründe im Einvernehmen mit dem Patienten herausgearbeitet werden.

Ist eine Ernährungstherapie nach ärztlichem Ermessen nicht mehr indiziert, weil sie aus medizinischer Sicht für den Betroffenen keine Vorteile mehr hat oder

nicht mehr seinem Willen entspricht, ist allein die Lebensqualität, zum Beispiel der Genuss der noch gewünschten Speisen und Getränke, die Maxime für die weitere Planung der Maßnahmen. Nicht selten sind die Übergänge fließend. Daher sind die Maßnahmen laufend an die aktuelle Situation anzupassen.

### Ursachen analysieren

Wenn ein Bewohner nicht mehr ausreichend isst und trinkt, sollten zunächst mögliche Gründe hierfür erfragt werden. Hilfreich ist hier das Assessment PEMU (DNQP, 2009) (PEMU Online: [www.dnqp.de/PEMU.pdf](http://www.dnqp.de/PEMU.pdf)). Diese Checkliste strukturiert die Suche nach möglichen Ursachen und die multiprofessionelle Planung von Maßnahmen. Kann trotz aller Bemühungen eine bedarfsgerechte orale Ernährung nicht mehr gewährleistet werden, sind alternative Vorgehensweisen in Betracht zu ziehen. Es kann die Ernährung über eine Sonde sein oder der bewusste Verzicht auf weitere Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit. Dies geschieht dann im Rahmen des Zulassens und Begleitens eines natürlichen, sich am Lebensende einstellenden Geschehens: dem Sterbeprozess.

Die Prüfanleitung zur Qualitätsprüfung in stationären Einrichtungen für die Auditoren des GKV-Spitzenverbands führen Folgendes aus: „Der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Nahrungszufuhr (Flüssigkeitszufuhr), insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde), ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z. B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist. Hunger (Durst) muss aber grundsätzlich gestillt werden (MDS, 2009, S. 175). Diese Grundhaltung hat auch für pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich Gültigkeit.

### Patientenwille

Ob ein Betroffener auf künstlichem Wege, zum Beispiel über eine PEG-Sonde, ernährt werden sollte, liegt allein in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Im Normalfall ist er dabei auf die Information der Pflegefachkräfte angewiesen, damit er die Situation des Bewohners einschätzen

kann. Dazu gehören besonders die Beobachtungen der Pflegenden beim Bereitstellen und Eingeben von Essen und Trinken. Sind dabei Anzeichen von Hunger und Durst erkennbar? Neben der medizinischen Indikation für eine PEG-Sonde muss auch eine Einwilligung des Bewohners für eine solche Maßnahme vorliegen. Bei nicht mehr einwilligungsfähigen Bewohnern ist dieses in einer Patientenverfügung oder durch seinen mutmaßlichen Willen antizipiert. Besonders dann, wenn keine eindeutige Patientenverfügung des nicht mehr entscheidungsfähigen Bewohners vorliegt, sind die Auskünfte Angehöriger zu seiner Lebenseinstellung und evtl. frühere Aussagen zu Wünschen für den letzten Lebensabschnitt von besonderer Bedeutung.

### Demenzkranke

Da die Ermittlung des Willens gerade bei Menschen mit Demenz schwierig ist, sollte dieser im Rahmen einer Fallbesprechung möglichst mit allen an der Betreuung beteiligten Personen – Pflegekräfte, Arzt, Betreuer, Angehörige, Seelsorger und andere – ermittelt werden.

### Selbstbestimmung und Autonomie

Zur Frage des Verzichts auf bedarfsgerechte Nahrungszufuhr hat der Expertenstandard eindeutig formuliert: „Selbstbestimmung und Autonomie des Bewohners haben stets Vorrang vor Bedarfs-Zielsetzungen. Das bedeutet, dass beispielsweise in der Palliativsituation die Ablehnung von Nahrung akzeptiert werden muss. In einer solchen Situation hat das Bedürfnis des Bewohners nach Ruhe, Passivität oder Linderung von Symptomen – etwa trockene Mundschleimhaut – oberste Priorität. Ebenso wie die Durchführung von Maßnahmen zu dokumentieren ist, ist auch das Unterlassen von Interventionen, zum Beispiel der Verzicht auf Gewichtskontrollen in der Sterbephase oder bei großen Belastungen durch den Wiegevorgang, situativ begründet zu dokumentieren.“ (DNQP, 2009, S. 39) Dies steht im Einklang mit den normativen Vorgaben anderer Institutionen. (Körner U., 2004; Bundesärztekammer, 2011; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008)

### Sterbephase

Spätestens in der unmittelbaren Sterbephase ist eine bedarfsgerechte Ernährung, welche sich an genormten Formeln orientiert, als nicht mehr sinnvoll zu erachten. Da die Übergänge in die Sterbephase gerade bei alten Menschen meist fließend und in den allermeisten Situationen nicht abgrenzbar sind, sollte generell das Diktat von Ernährungsempfehlungen sensibel auf seine Sinnhaftigkeit reflektiert werden.

Der Mensch und nicht die Trinkmenge steht im Vordergrund der Bemühungen.

Verpflichtend, so haben es die Richtlinien der Bundesärztekammer eindeutig klargestellt, ist das Stillen von Hunger und Durst, unabhängig von der zugeführten Nahrungs- beziehungsweise Flüssigkeitsmenge (Bundesärztekammer, 2011, S. 7). Inwieweit Nährstoff- und Trinkmengen noch erreicht werden müssen, ist abhängig vom individuellen Fall und orientiert sich immer an dem Nutzen für den Bewohner und, wie bereits mehrfach erwähnt, an seinem Willen. Folglich orientieren sich das Speisen- und Getränkeangebot nicht an standardisierten Kalorien und Milliliterangaben, sondern an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners und den Auswirkungen auf seine Lebensqualität.

Wenn ein alter Mensch nicht mehr eine Trinkmenge von 1300 Millilitern am Tag erreicht, er keinen Durst verspürt und keine Anhaltspunkte bestehen, dass er unter dieser geringen Flüssigkeitszufuhr leidet, muss er nicht genötigt werden, einen Normwert zu erreichen.

### Flüssigkeitsmengen individuell anpassen

Da allerdings der Körper auf eine zu geringe Flüssigkeitszufuhr sensibel reagiert, sollte die Flüssigkeitsmenge individuell der Situation angepasst werden, immer wieder eine kleine Menge angeboten und der Bewohner kontinuierlich auf sein Wohlbefinden hin beobachtet werden. In dieser Phase ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt unersetzlich, da nur so Hunger und vor allem Durstgefühl gelindert werden können, wenn die Beobachtungen regelmäßig reflektiert werden.



## Mundpflege

Wichtig ist die Planung und Durchführung einer individuell angepassten Mundpflege. Durstgefühl korreliert primär mit der Trockenheit der Mundschleimhäute und nicht mit der zugeführten Menge an Flüssigkeit. Fazit: „Aus palliativer Sicht kann gesagt werden, dass weniger künstlich zugeführte Flüssigkeit und Ernährung für sterbende Menschen mehr Lebensqualität bedeutet.“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 38)

## Im Fokus palliativer Maßnahmen: Lebensqualität

Sobald die palliative Begleitung im Vordergrund steht, werden alle Maßnahmen, welche diesem Zweck nicht mehr dienlich sind und für den Bewohner keinen Nutzen mehr haben, entbehrlich.

Dies gilt auch für die Kontrolle des Körpergewichtes. Ausnahmen sind denkbar, zum Beispiel im Fall der Notwendigkeit der Anpassung einer Diuretikatherapie bei schwerer Wassereinlagerung. Allerdings kann auch in solchen Fällen durch gezielte Beobachtung der Ödeme auf Gewichtskontrollen verzichtet werden, wenn der Wiegevorgang für den Bewohner nur noch als belastend empfunden wird.

Wenn eine bedarfsdeckende Nahrungszufuhr nicht mehr angestrebt wird, ist das Führen eines Ernährungsprotokolls sinnvoll.

Ein Trinkprotokoll ist nur noch dann notwendig, wenn von ärztlicher Seite eine individuell zu erreichende Trinkmenge festgelegt wurde.

Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn die Exsikkose ein Delir auslöst oder notwendige Medikamente mit Flüssigkeit besser verträglich sind. Dann sollte ausnahmsweise die Flüssigkeitszufuhr kontrolliert werden, um mögliche Defizite durch eine subkutane Infusion ausgleichen zu können.

## Situationsgerechtes Handeln

Gerade in der Sterbephase erfordert es oft ein kreatives und spontanes Handeln, da es nicht „den klassischen Sterbeverlauf“ gibt, welcher nach standardisierten Maßnahmen normiert begleitet werden kann.

Mehrmals täglich wechselnde Zustände des Bewohners in der letzten Lebensphase erfordern eine individuelle, ganzheitliche Betreuung und Begleitung. So kann die Notwendigkeit und der Wunsch des Bewohners nach einem Gespräch nicht in einer prospektiven Planung dokumentiert werden oder gar Gesprächsinhalte vorgegeben werden. Wichtig ist es, die Möglichkeit zu haben, ein solches Gespräch führen zu können. Unruhezustände richten sich auch nicht nach Tagesstrukturen, sondern müssen dann, wenn sie auftreten, erkannt und gelindert werden. Somit ist letztendlich nur wichtig, dass allen Pflegekräften, aber auch Ärzten und Angehörigen, die Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners bekannt sind und diese für alle zugänglich dokumentiert wurden. Dokumentationen sollten sich grundsätzlich auf das Wesentliche reduzieren. Die Planung der Mundpflege kann sinnvoll sein. Zuvorderst aber hat der Bewohner mit seinen Bedürfnissen und denen seiner Angehörigen im Mittelpunkt zu stehen.

Christian Kolb / Dipl.-Pfleger. (FH)  
Institut für Biomedizin des Alterns  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Heimerichstraße 58  
90419 Nürnberg

[www.aging.med.uni-erlangen.de](http://www.aging.med.uni-erlangen.de)  
Weitere Informationen zum Autor  
[www.nahrungsverweigerung.de](http://www.nahrungsverweigerung.de)  
[www.kes-pflege.de](http://www.kes-pflege.de)

Literaturverzeichnis  
Alzheimer Europe (2009). Betreuung von Menschen mit Demenz am Lebensende, Meta Druck.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, (2008). „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.“ <http://www.verwaltung.bayern.de/portal/cl/1058/Gesamtliste.html?cl.document=3987053>

Bundesärztekammer. (2011, 17.2.2011). „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.“ <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048.5049>.

DNQP (2009). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Körner U., B. E., Bühler E., Oehmichen F., Rothärmel S., Schweidtmann W. (2004). „Leitlinie enterale Ernährung der DGEM und DGG – ethische und rechtliche Gesichtspunkte.“ *Aktuel Ernaehr Med*(29): 226-230.

MDS. (2009). „Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege.“ [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung\\_stationaer.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2010-02-16-MDK-Anleitung_stationaer.pdf).





# Hospizliche und palliative Mundpflege

## Der Mund – ein hochsensibler Pflegebereich

Angelika Hecht, Koordinatorin Hospizverein Fürth e.V.

### Rezepte

*Bitte nur hochwertige reine ätherische Öle (z. B. von Primavera) verwenden!*

### Mundwässer

25 ml Holundersaft  
5 ml Mineralwasser  
mit Kohlensäure  
25 ml Johannisbeernektar  
4 Trpf. Mandarinenöl rot

20 ml Kirschsafft  
20 ml Ananassafft  
5 ml Mineralwasser  
mit Kohlensäure  
je 1 Trpf. Zitronenöl  
und Orangenöl

### Mundpflegehonig

28 g Honig  
(Einmalportion oder 1 EL)  
1 Trpf. Rosenöl  
1 Trpf. Grapefruitöl

28 g Honig  
1 Trpf. Vanilleöl  
1 Trpf. Orangenöl

28 g Honig  
1 Trpf. Pfefferminzöl  
(Nanaminze)

Ohne Zweifel gehört der Mund zu den sensibelsten Zonen unseres Körpers. So befinden sich im Mund- und Nasenbereich mehr als das 100-Fache an Sinneszellen als auf der Rückenhaut. Mundpflege muss daher einen sehr hohen Stellenwert in der Betreuung und Pflege Schwerkranker und Sterbender genießen. Der Pflegenden hat sich bewusst zu werden, dass er während der Mundpflege in eine der intimsten Zonen eines Menschen eindringt. Allein diese innere Haltung wird ihn in die Lage versetzen, von dem zu Pflegenden heran- und hineingelassen zu werden.

**So wird die Mundpflege, wenn sie angemessen und sensibel durchgeführt und von Respekt getragen wird, besonders für Angehörige zu einem sehr persönlichen Liebesbeweis.** Dieser wird mehr wiegen als die Zubereitung von jeglichem Essen.

Mundpflege kann zum Wichtigsten der letzten Lebensphase werden. Sie bereitet vor auf den „letzten großen Geschmack des Lebens“.

### Mundtrockenheit

Die Ursachen für die Mundtrockenheit sind in der Regel nicht vorübergehender, sondern dauerhafter Natur.

Neben einer erhöhten Anfälligkeit für Entzündungen der Mundschleimhaut und einer unangenehmen, ja sogar schmerzhaften Missempfindung verursacht sie vor allem ein Gefühl des Durstes.

Mundtrockenheit entsteht dabei nicht durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr, sondern hat meist andere Ursachen:

- die verminderte Produktion von Speichel, beispielsweise durch Medikamente wie Opiode, Antidepressiva, wassertreibende und krampflösende Mittel
- Mundschleimhauterkrankungen wie Mundpilz und Schleimhautentzündung
- tumorbedingte Ursachen
- Folge einer Strahlenbehandlung

- Mundatmung
- psychische Ursachen wie Angst und Panik

Das Feuchthalten der Mundschleimhaut verlangt in jedem Fall ein phantasievolles, patientenorientiertes, respektvolles und behutsames Vorgehen!

### Kreative Mittel zur Mundpflege

Um der Mundtrockenheit vorzubeugen, bedarf es sorgfältiger und häufiger Mundpflege (ein- bis zweimal in der Stunde).

Häufig hilft bereits das Anfeuchten der Mundschleimhaut mit unterschiedlichen Flüssigkeiten, die je nach den Vorlieben des Patienten ausgewählt werden sollten.

Viele Lebensmittel können dafür eingesetzt werden. Entscheidend ist, was dem Patienten in Geschmack und Konsistenz angenehm ist!

- Medikamente, die eine Mundtrockenheit zur Folge haben, sollten nach Möglichkeit reduziert oder abgesetzt werden.
- Kleine gefrorene Fruchtstückchen lutschen lassen, Eiswürfel aus Fruchtmus oder Getränken herstellen (z. B. je nach Vorliebe Orangensaft, Apfelsaft, Bier, Wein, Sekt, Cola)  
Achtung: Bei wahrnehmungsgestörten Patienten das Gefrorene besser in eine Mullkompressen legen, ihm in den Mund geben und die Enden der Kompressen aus dem Mund hängen lassen. Der Patient kann daran saugen und ein Verschlucken wird verhindert!
- Das Spülen mit Pfefferminzwasser erhöht die Speichelproduktion.  
Vorsicht: Es hemmt die Wirkung von Mitteln gegen Übelkeit und Erbrechen wie Paspertin / MCP.
- Schlagrahm, Olivenöl, süßes Mandelöl im Mund zergehen lassen
- Mundspülungen mit lauwarmer Bouillon, da eine leicht gefettete Mundschleimhaut Feuchtigkeit besser speichern kann



### Lippenpflege

2 Trpf. türkische Rose 10 %  
2 Trpf. Sanddorn-  
fruchtfleischöl  
1 EL Öl

### Alternativ:

Labello  
Bepanthen Lippenalbe  
Sonnenblumen-,  
Oliven-, Sesamöl

### Mundspüllösung bei schmerzhafter Mundschleimhaut

20 g Kamistad-Gel 2 %  
24 ml Adiclair-  
Mundspüllösung  
mit 0,5 l abgekochtem  
Wasser mischen  
alle 24 Std. erneuern

### Alternativ:

300 ml Kamistad-  
Mundspüllösung mit  
24 ml Adiclair-  
Mundspüllösung  
mischen

- Eiscreme oder halbgefrorenes Fruchteis lutschen
- Häufiges Befeuchten des Mundraums mittels einer kleinen Sprühflasche mit Sekt, Bier, Saft o. Ä.
- Eine kleine Ecke Vitamin C-Brausetablette auf die Zunge legen
- Säuerliche Tees (Zitronen- oder Hagebuttentee, therapeutische Tees wie Salbei-, Kamillen-, Ringelblumen-, Thymiantee)
- Durch saure Bonbons wird bei der Lutschbewegung gleichzeitig der Speichelfluss angeregt und die Mundhöhle vom Belag gereinigt. Vorsicht bei wunder Mundschleimhaut!
- Kaugummi kauen lassen
- Retsina (geharzter Wein) in kleinen Schlucken
- Hydrogele, die für die Wundbehandlung eingesetzt werden, können auch zum Feuchthalten auf die Mundschleimhaut aufgetragen werden. Das ist besonders über Nacht hilfreich.
- Zitronen-, Orangenöl zur Anregung des Speichelflusses in eine Aromalampe geben
- Luftfeuchtigkeit im Raum durch Wasserdampf oder feuchte Handtücher erhöhen
- Mundspeicheldrüsenmassage (hinter beiden Ohr-lappchen mit kreisenden Bewegungen massieren)
- Vermeidung von Sauerstoffgaben (Austrocknung)

In der Sterbephase nimmt das Durstgefühl ab. Die Mundtrockenheit kann durch eine sehr sorgfältige Mund- und Lippenpflege gelindert werden. Der lindernde Effekt hält jedoch meist nur für eine Stunde an!

### Möglichkeiten zur Behandlung von Borken und Belägen

- Spülen mit kohlen säurehaltigen Getränken wie Cola, Sekt, Mineralwasser, Limo o. Ä.
- verdünnter Rosenhonig (enthält ein borkenlösendes Ferment)
- Salbeitee

- Säuerliche Tees
- Salami (deren Fett im Mundraum verstärkt den Geschmack und erinnert an glücklichere Lebenssituationen, sie kann eine Erhöhung der Lebensqualität mit sich bringen)
- Butter, Margarine, Sahne, Öle  
Achtung: sie können ranzig werden!
- Würfelzucker
- Eiswürfel
- Gefrorene Ananasstückchen, evtl. aus der Dose, da sie dann nicht so sauer und schmerzhaft sind bei offenen Wunden des Mundraums
- AHOI-Brause. Achtung: Kann bei rissiger Schleimhaut schmerzhaft sein
- Mechanische Reinigung mit weicher Zahnbürste

### Behandlung von schmerzhafter Mundschleimhaut

Mundraumentzündungen (painful mouth) belasten den Patienten generell sehr. Bei starken Schmerzen benötigt der Patient daher vor jedem Essen und Trinken, oder wenn er bei Besuchen viel sprechen möchte, ein Schmerzmittel! Nicht selten ist die Gabe von Opioiden notwendig!

- anästhesierende Lutschtabletten
- Benzocain-Lösung (z. B. Subcutin-Lösung)
- Reisschleim (aus Wasser oder Milch und Reisflocken)
- Leinsamenwasser (3 EL Leinsamen in 1 l Wasser 5 Std. quellen lassen, dazu 1 Trpf. Zitronenöl)
- Mundspülungen mit Salbei-, Thymian-, oder Ringelblumentee
- Salviathymol-Lösung

Jeder kann seine ganz persönliche Zuwendung, Fürsorge und Liebe durch einfache, jedoch immer sehr ernst genommene, mit Respekt und Würde durchgeführte Handlungen zum Ausdruck bringen!

... dem Leben verpflichtet.



Hospizverein Fürth e.V.  
im Klinikum

Hospizverein Fürth e.V.  
im Klinikum

Jakob-Henle-Straße 1  
90766 Fürth

Tel. 0911 - 979 05 46 0  
(24 h) 0911 - 979 05 46 6  
Fax 0911 - 979 05 46 9

buero@hospizverein-fuerth.de  
www.hospizverein-fuerth.de

SPENDEN

Sparkasse Fürth

Konto 259 911, BLZ 762 500 00

IBAN: DE 597625 0000 0000 259911

BIC: BYLADEM1SFU