

PFLEGE ZEITSCHRIFT

69. Jahrgang •• Dezember 2016

12 | 2016

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



www.kohlhammer-pflege.de

Ernährung^x

Magersucht und Bulimie
Essstörungen verstehen

Ernährung bei Demenz
Genuss fördern – statt Kalorien zählen

Adipöse Patienten
Abnehm-Bremsen erkennen

HydroTherapy

Was wäre, wenn...
wir die Wundheilung
beschleunigen könnten?

NEU!

HydroTac®

Der hydroaktive Schaumverband
HydroTac® beschleunigt den
epithelialen Wundverschluss.^[2]
So ergänzt diese Innovation ideal
die reinigende Wirkung von
HydroClean® plus.

- Schneller epithelialer Wundverschluss
- Sicherer und schmerzärmer Verbandwechsel
- Feuchtigkeitsspendend
- Optimale Absorption

www.hydro-therapy.de

HydroTherapy
Wirksam. Und Einfach.^[1]



^[1]Humbert P., Falvo B., Véran Y., et al.: Protease-modulating polyacrylate-based hydrogel stimulates wound bed preparation in venous leg ulcers—a randomized controlled trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 28:1742-50 (2014) / Zöllner et al.: Biometric report on HydroTac (control) dated 6th June 2010
^[2]Smola H., Meier G., Junginger M., Kettel K., Smola S.: Hydrated polyurethane polymers to increase growth factor bioavailability in wound healing. Presented at the EORS Congress, 2014, Nantes / Smola H.: Stimulation of epithelial migration – novel material based approaches. Presented at EWMA Congress, 2015, London

Das Salz des Lebens

MARIA MOSKALEVA

Kaum einem anderen physiologischen Grundbedürfnis wird gesellschaftlich so viel Aufmerksamkeit zuteil wie dem Essen – nicht einmal der Sexualität.

Wenn wir alte Freunde wiedersehen möchten, verabreden wir uns zum Essen. Jedes Familienfest wird mit einem Mahl begangen und wenn man als Student zum ersten Mal wieder nach Hause kommt, wartet die Mutter schon mit dem Leibgericht aus den Kindertagen.

In den 50er-Jahren herrschte in der Psychologie und der Verhaltensforschung der Behaviorismus vor. Diese Lehrmeinung, stark vorangetrieben durch Burrhus Frederic Skinner, postulierte, dass alle Verhaltensweisen durch Konditionierung erlernt sind. Auf dem Höhepunkt des Behaviorismus ging man sogar davon aus, dass die Mutter-Kind-Bindung einzig und allein durch die Assoziation der Mutter mit dem Essen entstehe.

Dieser Vorstellung hat Harry Harlow, ein amerikanischer Psychologe, in den 50er- und 60er-Jahren mit einer Serie von Versuchen ein Ende bereitet. Er zog junge Rhesus-Affen getrennt von ihren Müttern mit Hilfe von zwei „Surrogat-Müttern“ auf. Die Attrappen waren Gestelle aus Draht und Holz, auf denen die jungen Tiere wie auf den Rücken der Artgenossen sitzen konnten. Die „Draht-Mutter“ bestand, wie der Name schon sagt, einfach nur aus Metall, an dem die Milchflasche befestigt war. Die „Stoff-Mutter“ war bespannt mit einem weichen und flauschigen Material, hatte aber kein Futter. Entgegen der behavioristischen Theorie gaben die jungen Äffchen der Stoffmutter den Vorzug. Sie blieben die ganze Zeit bei ihr und verließen sie nur, um schnell bei der Draht-Mutter zu essen.

Auch wenn Harry Harlow in den späteren Jahren für seine harschen Methoden viel kritisiert worden ist, hat er einen sehr wichtigen Beitrag zum Verständnis von sozialer Bindung geleistet. Während Essen unseren Körper mit den notwendigen Nährstoffen versorgt, ist Zuwendung das, was das Gefühl der Geborgenheit vermittelt. Jemanden zu füttern, ihm Es-

sen zuzubereiten, ist eine sehr naheliegende Form der Zuwendung, sei es mit der Hühnersuppe, wenn man krank ist, oder einem heißen Tee nach einem schlechten Tag.

Für pflegende Angehörige ist das Verpflegen ihrer Verwandten häufig auch eine sehr liebevolle und innige Geste der Zuwendung. Wenn am Lebensende

viele Palliativpatienten keinen Appetit mehr verspüren, sind die Angehörigen erschrocken und ratlos. Zum einen läutet die Ablehnung des Essens das Sterben ein, zum anderen fehlt es ihnen oft an Möglichkeiten, in einer anderen Weise für ihre Lieben „da zu sein“. In ihrem Beitrag „Ernährung am Lebensende“ erläutert Nadine Lexa auf Seite 721, wie auch kleinste

Portionen und andere Gesten Zuwendung und das Gefühl der Geborgenheit bringen können.

Manchmal ist auch ein Löffel Kartoffelbrei – schön angerichtet und liebevoll serviert – ein großer Genuss. Auch in ihrem Artikel zur Ernährung bei Demenz (Seite 718) plädiert Silke Werner dafür, den Genuss zu fördern, statt sich sklavisch an empfohlene Kalorienmengen halten zu wollen.

Wenn aber junge Patienten Essen verweigern, hängt es meist nicht mit Appetitlosigkeit und mangelndem Genuss zusammen, sondern mit einem verzerrten Selbstbild. Vor allem junge Frauen leiden an Essstörungen wie Anorexie und Bulimie (Seite 705). Wenn das Untergewicht einen kritischen Wert erreicht, kann es die Pflicht des behandelnden Arztes sein, eine künstliche Ernährung – auch gegen den Willen des Patienten – zu verordnen. Die rechtlichen und moralischen Aspekte der Zwangsernährung diskutiert Anne Schäfer auf Seite 714, während Sabine Marienfeld mit ihren Kollegen ab Seite 708 die verschiedenen Typen der Trink- und Sondennahrung vorstellt.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen Ihre

Dr. Maria Moskaleva



Foto: Pablo Hidalgo

Telegramm

Berlin (dpa) – Das Vogelgrippe-Virus H5N8 kann in unterschiedlich gefährlicher Form auftreten. Ein hochpathogenes Influenzavirus H5N8 wurde nach Auskunft des Friedrich-Loeffler-Instituts (FLI) erstmals Anfang 2014 in Südkorea bei Geflügel und Wildvögeln nachgewiesen. Dort habe es diverse Ausbrüche gegeben, mehrere Millionen Vögel seien sicherheitshalber getötet worden. Im Zuge der Ausbrüche seien infizierte Wildenten entdeckt worden, die aber weniger stark erkrankten. Das Virus tauchte auch in China und Japan auf.

Seit November 2014 wurden solche H5N8-Viren in mehreren Geflügelbetrieben in Deutschland und anderen europäischen Ländern entdeckt. Infektionen von Menschen mit den Viren sind laut FLI bislang weltweit nicht nachgewiesen worden. Eine Ansteckung über infizierte Lebensmittel ist nach Auskunft des Bundesinstituts für Risikobewertung „theoretisch denkbar, aber unwahrscheinlich“. H5N8-Viren waren schon früher entdeckt worden, etwa 1983 in Irland.

VORSCHAU 01/2017

Schwerpunkt:
Geriatric/Altenpflege

Suizidbeihilfe
Was ist legal und was nicht?

Der geriatrische Patient
Therapeutische Risiken und pflegerische Konsequenzen

Tagespflege
Betreuungsangebote für ältere Menschen

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Dr. Maria Moskaleva
Tel.: 07 11/78 63-72 38
maria.moskaleva@kohlhammer.de

Hanna Laux
Tel.: 07 11/78 63-74 87
hanna.laux@kohlhammer.de

Dr. Ruprecht Poensgen (V.i.S.d.P.)
Tel.: 07 11/78 63-72 15
ruprecht.poensgen@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

medproduction GmbH, Köln
Redaktion & Projektmanagement:
Sabina Filipovic, Nicole Lücke, Veronika Toth,
Dr. Martin Waitz

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa), Hamburg

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Prof. Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Prof. Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräseke, Bremen
Dr. Elisabeth Holoch, Stuttgart
Dr. Sascha Köpke, Lübeck
Prof. Christa Lohmann, Graz
Prof. Rüdiger Ostermann, Münster
Prof. Bernd Reuschenbach, München
Prof. Friederike Störkel, Münster
Dr. Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 07 11/78 63-72 58
Fax: 07 11/78 63-83 93
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 07 11/78 63-72 77
Fax: 07 11/78 63-84 30
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.kohlhammer-pflege.de abgerufen oder per Email angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 07 11/78 63-0
www.kohlhammer-pflege.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



LESERBRIEF

700 **Toxische (alte) Menschen**
ELISABETH HÖWLER

701 **Erwiderung**
ULRICH BRENNER

PFLEGEPRAXIS

702 **Abnehm-Bremsen erkennen**
Adipöse Patienten
ELKE HABIG

705 **Essstörungen verstehen und erkennen**
Magersucht und Bulimie
SYLVIA HERBERG

708 **Trink- und Sondennahrung bei Mangelernährung**
Indikationen, Produktauswahl, Anwendung
SABINE MARIENFELD, CHRISTA FLERCHINGER & JÖRG BOJUNGA

714 **Ethische und rechtliche Aspekte der Zwangsernährung**
Wohl oder Wille des Patienten?
ANNE SCHÄFER

718 **Selbstständigkeit und Genuss fördern, statt Kalorien zählen**
Unterstützung der Ernährung bei Menschen mit Demenz
SILKE WERNER

721 **Ernährung am Lebensende**
Tipps für Pflegende, Unterstützung für Angehörige
NADINE LEXA

724 **Ernährung von Krebspatienten**
Tumorkachexie
VERONIKA TOTH

730 **Zytostatika – Wirkmechanismen und Sicherheitsbestimmungen**
Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis
ANJA BEHNCKE & EVA WOLSCHON

733 **Onkologische Patienten begleiten**
Gefühle und Gespräche
PETRA FLICK

PFLEGEPÄDAGOGIK

741 **Prüfungsangst und Stress beim Pflege-Nachwuchs**
Betriebliche Gesundheitsförderung
CHRISTOPH AUGNER

744 **Förderung von Rauchfreiheit und gesundem Lebensstil**
Unterrichtskonzept
ANJA MÜLLER & ANDREA REUSCH

PFLEGEMANAGEMENT

749 **Advanced Practice Nursing**
Narrative Rollenentwicklung
CHRISTIAN HENER

754 **Architektur für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus**
Ergebnisse einer Pflegekräftebefragung
TOM MOTZEK, KATHRIN BÜTER & GESINE MARQUARDT



Foto: Picture-Factory/Fotolia

702 Beim Abnehmen unterstützen

Seit Jahren schon steigt die Zahl der adipösen Deutschen stetig an. Viele Übergewichtige kämpfen mit den Pfunden und sind motiviert abzunehmen. Doch trotz Diäten und Sport gelingt dies oft nicht. Elke Habig stellt die häufigsten Abnehm-Bremsen vor.



Foto: RioPatuca/Fotolia

705 Magersucht und Bulimie

Die meisten Frauen werden irgendwann mal in ihrem Leben eine Diät gemacht haben, viele Männer wohl auch – mal mehr, mal weniger erfolgreich. Doch wann wird aus Ein-paar-Kilos-loswerden-Wollen eine Essstörung? Sylvia Herberg berichtet.



Foto: sudok1/Fotolia

714 Zwangsernährung

Patientenwohl oder seine Autonomie? Das sind die Güter, zwischen denen bei der Frage nach der Zwangsernährung abgewogen werden muss. Anne Schäfer stellt diese Abwägung sowohl aus der moralischen als auch aus der rechtlichen Sicht vor.

- 693 Editorial
- 694 Impressum
- 696 Kurzberichte
- 739 Buchtipps
- 740 ImPuls der Wissenschaft
- 759 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: M.studio/Fotolia

Vertrauen braucht gute Verständigung Picker Report 2016 analysiert die Faktoren erfolgreicher Kommunikation

Hamburg – alljährlich stellt das Picker Institut der Öffentlichkeit Studien zu aktuellen Themen der Patientenversorgung vor. Im Fokus des Picker Report 2016 steht die Kommunikation zwischen Patienten und ihren Behandlern, insbesondere den betreuenden Ärzten.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 hat die Patientenorientierung erstmals explizit Einzug in die gesetzlichen Vorgaben zur Krankenhausversorgung gehalten. Ziel der Krankenhausplanung ist nun nicht mehr ausschließlich eine „bedarfsgerechte“, sondern zusätzlich eine „qualitativ hochwertige“ sowie „patientengerechte“ Versorgung der Bevölkerung. Unter „patientengerecht“ wird dabei eine Versorgung verstanden, die sich „an den Wünschen der Patienten orientiert, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und der medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu

werden“. Wichtigste Voraussetzung dafür, dass diese Kriterien erfüllt werden, ist eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen dem Patienten und seinen Behandlern.

Die Rückmeldungen von mehr als 38.800 erwachsenen Patienten aus 83 Krankenhäusern sowie von mehr als 4.200 Eltern aus 37 pädiatrischen Abteilungen, die 2014 oder 2015 an einer schriftlichen Patientenbefragung des jeweiligen Krankenhauses teilgenommen haben, zeigen, dass die Kommunikation im Krankenhaus durch die Patienten als unverständlich, widersprüchlich und wenig vertrauenserweckend empfunden wird. Dabei stellen die Befragten den behandelnden Ärzten in der Mehrzahl kein gutes Zeugnis aus. So berichten gut einer von sechs erwachsenen Patienten sowie ein Viertel der Eltern, dass sie kein oder nur wenig Vertrauen in die behandelnden Ärzte hatten. Für einen erheblichen Teil der Eltern (46%) und er-

wachsenen Patienten (36%), die Ängste, Sorgen und Befürchtungen gerne mit den behandelnden Ärzten besprochen hätten, waren diese nicht verfügbar.

Obwohl die Bedeutung einer gelungenen Kommunikation schon lange bekannt ist, findet sich das Thema erst seit Kurzem in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Heilberufe wieder. So wurde die ärztliche Gesprächsführung in Deutschland sogar erst im Jahr 2012 mit der Änderung der Approbationsordnung als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung eingeführt.

„Doch es gibt auch Beispiele, die Hoffnung machen und zeigen, dass auch ohne die wünschenswerten gesetzlichen Vorgaben mutige Initiativen in der Praxis erfolgreich funktionieren“, sagt Maria Nadj-Kittler, Geschäftsführerin des Picker Institutes. „Einige davon stellen wir in unserer aktuellen Studie vor.“

(Picker Institut)

Juckendes und rotes Auge Augengrippe kann Auslöser sein

Düsseldorf – Auch die Augen können von Grippeviren betroffen sein. Diese befallen Binde- und Hornhaut, die Symptome sind unangenehm. In der Regel verläuft die Augengrippe aber harmlos. Vorbeugend hilft: häufig Hände waschen.

Wenn die Augen rot sind und jucken, denken viele an eine Bindehautentzündung. Die Ursache kann aber auch eine andere sein: Augengrippe. Immer wieder treten lokal gehäuft Fälle auf, erklärt der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands (BVA).

„Das ist ein wenig wie mit einer normalen Grippe“, sagt Prof. Hans Hoerauf, der wissenschaftliche Vorstand des Verbands. Die Augengrippe gebe es jedes Jahr, besonders oft im Herbst und im Frühjahr.

Gegen die Keratoconjunctivitis epidemica, wie die Augengrippe in der Fachsprache heißt, helfen keine Antibiotika. Denn Augengrippe wird im Gegensatz zur bakteriellen Bindehautentzündung von Viren ausgelöst. Feststellen kann sie nur der Augenarzt. Da die Erkrankung sehr ansteckend ist, sollte man bei Verdacht vor dem Arztbesuch in der Praxis



Foto: Henrik Dolle/Fotolia

Bescheid geben. Damit andere Patienten sich nicht anstecken, wird man eventuell in ein separates Wartezimmer gebeten.

Symptome einer Augengrippe sind rote, brennende und juckende Augen. Außerdem kann sich die Hornhaut eintrüben. Die Entzündung heilt mit der Zeit von selbst aus. In wenigen Fällen kann es zu Schäden an der Hornhaut kommen, die aber gezielt behandelt werden können, erklärt Hoerauf.

Die Infektion klingt dem BVA zufolge nach einigen Tagen bis zwei Wochen

ab. Sind die Augen ausgetrocknet, können Augentropfen und -salben die Beschwerden lindern.

Augengrippeviren verbreiten sich durch Schmierinfektion. Eine gute Handhygiene ist die beste Vorbeugung gegen die Erkrankung: Häufig Hände waschen und auf Händeschütteln zur Begrüßung lieber verzichten, rät der BVA. Um es den Viren nicht zu leicht zu machen, sollte man sich so wenig wie möglich mit seinen Händen die Augen reiben.

(dpa)

Tanz und Karate gegen Parkinson Studie begleitet Betroffene

Regensburg – Es gibt Lieder, da kann man nicht still sitzen bleiben – man hört den ersten Takt und bekommt gleich gute Laune. So ist es kein Wunder, dass alle in der Tanzschule schon ihre Hüfte schwingen, während Bill Haley noch bis zwölf zählt und letztlich das Motto des Abends vorgibt: „We're gonna rock around the clock tonight“. Auf der Tanzfläche sind auch Klaus-Dieter Brentrop und Theresa Klug. Sie lassen sich vom Rock'n'Roll anstecken, geben sich dem Takt der Musik hin. Dabei ist das für sie alles andere als leicht. Beide haben ihren Körper nicht im Griff: Sie haben Parkinson.

Beide tanzen – nicht nur für sich, sondern auch für die Wissenschaft. Mehr als ein halbes Jahr lang treffen sie sich einmal die Woche mit rund 15 ebenfalls an Parkinson erkrankten Männern und Frauen zwischen Ende 40 und Anfang 80 in einer Regensburger Tanzschule. Gut eine Stunde lang lassen sie sich vom Takt der Musik treiben und üben Choreographien ein, die ihnen Tanzlehrer Johannes Plehn zeigt.

Je nach Krankheitsverlauf fällt es den Probanden unterschiedlich schwer. Während der eine mit seinen Zuckungen kämpft, strauchelt der andere wie manch Gesunder nur wegen der Komplexität über die Schrittfolge. „Aber es geht hier nicht um Perfektion“, sagt Plehn, der bei der Studie ehrenamtlich mitarbeitet. Ihm sei es wichtig, dass jeder nach der Stunde zufrieden nach Hause gehe und ganz nebenbei mit viel Spaß seine Koordination und Motorik trainiert habe.

In einer anderen Halle kämpft eine Gruppe nicht mit dem Takt der Musik, sondern mit einem imaginären Gegner: Etwa 20 Parkinson-Kranke trainieren einmal die Woche Karate. Wolfgang Weigert, Präsident des Deutschen Karateverbands, und Karatelehrer Helmut Körber führen die Teilnehmer in die Welt der Kampfkunst ein.

Unterstützung bekommen sie während der Kursstunde auch von Katharina Dahmen-Zimmer. Die promovierte Diplom-Psychologin leitet nicht nur mit Professorin Petra Jansen die Parkinson-Studie, sondern betreibt seit Jahrzehnten selbst Karate. „Das Schöne an diesem Sport ist, dass der ganze Körper, vom Kopf bis zu den Füßen, gefordert



Foto: gemaibarra/fotolia

und eingebunden ist. Wie auch beim Tanzen“, erläutert die Expertin.

Nun will sie mit Kolleginnen und Studentinnen der Universität Regensburg herausfinden, ob und wie sich durch ein vereinfachtes Karate- und Tanztraining die Emotion, Kognition und Motorik bei Parkinson-Betroffenen verbessern lässt.

Vor der ersten und nach der letzten Trainingseinheit wird das gesundheitliche, emotionale und kognitive Befinden der Teilnehmer ermittelt und der Gleichgewichtssinn geprüft. „Positive Ergebnisse würden nicht nur den Teilnehmern an der Studie helfen, sondern könnten auch weiteren von Parkinson betroffenen Personen Anregungen für eine mögliche Verbesserung ihrer Lebensqualität bieten“, umschreibt Dahmen-Zimmer die Erwartungen an die Studie.

Karate und Tanzen verbinden in besonderer Form körperliche und geistige Aktivität - gerade das, was bei den Betroffenen gestört ist. Bei Parkinson sterben Nervenzellen im Gehirn ab, die den Botenstoff Dopamin produzieren. Bei Dopamin-Mangel ist die Kommunikation zwischen Gehirn und Muskulatur gestört. Das kann verschiedene Beschwerden auslösen: Bewegungs- und Spracheinschränkungen, Stimmungsveränderungen oder kognitive Einschränkungen.

Anfangs sind es nur kleine Auffälligkeiten wie bei Klaus-Dieter Brentrop. Die Matches auf dem Tennisplatz fielen ihm zunehmend schwerer, auch die Hände fing zunäcst nur leicht zu zittern an. Die

Diagnose vor zwei Jahren war ein Schock für den heute 71-Jährigen, dem man auf den ersten Blick seine Erkrankung dank medikamentöser Einstellung nicht ansieht.

Theresa Klug würde sich das auch wünschen. Seit zehn Jahren lebt sie mit der Diagnose. Verstecken kann sie sie nicht mehr. Nach und nach hat sie viele Hobbys aufgegeben, sich immer mehr zurückgezogen. Das Tanztraining ist für sie weit mehr als das Einüben von Schrittfolgen. „Es lenkt mich ab, tut mir gut, auch wenn mir durchaus bewusst ist, dass ich nicht mehr alle Bewegungen mitmachen kann.“ Mit einem Lächeln auf den Lippen geht für die 78-Jährige die Tanzstunde zu Ende. Und das liegt nicht nur an Bill Haley und vielen Erinnerungen an die Jugend, die dieser Song in den Teilnehmern wachruft. „Ich fühle mich in dieser Gruppe unglaublich wohl. Wir bauen uns gegenseitig auf, motivieren uns“, sagt Klug.

„Wir werden mit unserer Studie nicht dazu beitragen können, Parkinson zu heilen, aber wir wollen erreichen, dass die Betroffenen nicht nur ihre Kognition und Motorik verbessern oder halten können, sondern ihnen auch Lebensqualität zurückgeben, die ihnen die Erkrankung genommen hat“, sagt Dahmen-Zimmer. Egal, welches Studienergebnis am Ende herauskommt, die Teilnehmer sind sich einig: „Auch wenn die Studie in ein paar Monaten zu Ende geht, werden wir weitermachen. Einfach, weil es uns allen gut tut und wir uns gut tun.“

(Claudia Rothhammer, dpa)

Schmerzhafter Gelenkverschleiß Oft helfen Physiotherapie und Wärme

Essen/Köln – Im Laufe eines Lebens haben die Gelenke einiges auszuhalten. Da bleibt es nicht aus, dass sie mit zunehmendem Alter mehr und mehr abnutzen. In der medizinischen Fachsprache heißt der zunehmende Gelenkverschleiß Knorpelschaden und in seinem Endstadium Arthrose. Davon sind häufig Knie und Hüfte betroffen.

Welche Faktoren begünstigen eine Arthrose an Knie und Hüfte?

„Bewegungsmangel und Übergewicht“, sagt der Essener Facharzt für Orthopädie, Ramin Nazemi. Auch durch falsche, einseitige Belastungen können Gelenke Schaden nehmen. Weitere Risiken sind Veranlagung sowie Erkrankungen wie Rheuma oder Osteoporose.

Wie macht sich eine Arthrose an Knie und Hüfte bemerkbar?

„Ein mögliches erstes Warnzeichen sind morgendliche Anlaufschwierigkeiten“, sagt Michael Preibsch, stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK). Wenn also die Gelenke nach dem Aufstehen wie eingerostet erscheinen und sich erst nach einer Weile bewegen lassen, verdichten sich die Anzeichen auf eine Arthrose. Weitere Warnsignale sind Schmerzen an Knie oder Hüfte bei Belastung oder eine Einschränkung der Beweglichkeit: „Diese Einschränkung kann sich beispielsweise darin zeigen, dass es schwierig ist, das Kniegelenk vollständig zu strecken“, erläutert Preibsch.

Was sollten Betroffene als erstes tun?

„Zunächst die Entwicklung zwei Tage beobachten und die Belastungen reduzieren“, rät Nazemi. Halten die Beschwerden an, dann empfiehlt Preibsch, möglichst bald einen Orthopäden oder einen Facharzt für Physikalische Therapie aufzusuchen und das betroffene Gelenk untersuchen zu lassen. „Die Beschwerden können auch eine andere Ursache als eine Arthrose haben - etwa Muskelerkrankungen.“

Wie sieht die Therapie aus - ist Arthrose heilbar?

„Nein, heilbar ist Arthrose nicht“, betont Nazemi. In vielen Fällen können aber die Beschwerden gelindert und der Ge-



Foto: Tham Kee Chuan/Fotolia

lenkverschleiß aufgehalten werden. Im Mittelpunkt der Therapie steht: Bewegung - und keinesfalls Schonung. „Gezielte Gymnastik und gelenkfreundliche Sportarten wie Radfahren und Schwimmen können vor allem in der Anfangsphase einer Arthrose die Betroffenen entlasten“, sagt Nazemi. Ziel ist dabei, das betroffene Gelenk zu stärken. Zur Therapie gehört gegebenenfalls auch, Übergewicht zu reduzieren.

Werden auch Medikamente verordnet?

Ja. Das können Schmerzmittel in Form von Tabletten oder Spritzen sein. Auch Salben und Gel werden mitunter verschrieben. Welche Mittel zum Einsatz kommen, ist von Fall zu Fall verschieden.

Wann ist eine Operation nötig?

Das kommt darauf an. „Bei einer Arthrose im fortgeschrittenen Stadium kann aufgrund von starken Schmerzen und Unbeweglichkeit die Lebensqualität derart eingeschränkt sein, dass nur noch ein künstlicher Gelenkersatz hilft“, erklärt Nazemi. Aus Sicht von Preibsch ist es kritisch, wenn sich aufgrund der Hüft- oder Kniebeschwerden beispielsweise ein Hink-Mechanismus entwickelt hat. „Das kann dann zu weiteren Beschwerden führen, und in einem solchen Fall sollte zwingend über eine OP nachgedacht werden, um Folgeschäden zum Beispiel an der Wirbelsäule zu vermeiden.“

Wie sollte ein Patient, dem zu einer OP geraten wird, vorgehen?

Wer Zweifel hat, ob in seinem Fall eine OP der richtige Weg ist, sollte sicherheitshalber einen weiteren Arzt aufsuchen. „Der Gesetzgeber hat die Gefahr erkannt, dass die Entscheidung zur OP auch von wirtschaftlichen Interessen geleitet sein kann“, erklärt Heike Morris, juristische Leiterin der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands (UPD). Seit Mitte 2015 haben gesetzlich versicherte Patienten einen rechtlichen Anspruch auf eine Zweitmeinung vor bestimmten planbaren und mengenanfälligen Operationen wie etwa Hüftprothesen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss laut Morris noch Richtlinien erlassen, welche Operationen insgesamt in den Katalog aufgenommen werden.

Und die Alternative zur OP?

Nach Alternativen sollte ein Patient den Arzt genau fragen - ebenso wie nach den Risiken einer Operation. Oft seien die Möglichkeiten, dem Patienten mit Physiotherapie und physikalischen Maßnahmen wie zum Beispiel Wärmebehandlungen zu helfen, nicht genügend angereizt, erklärt die UPD.

(Sabine Meuter, dpa/tmn)

Forschung an Demenzpatienten erlaubt Arzneimitteltests geht mehrstufige Zustimmung voraus

Berlin – Demenz lässt sich derzeit nicht heilen. Nun wird die Forschung erleichtert. Im Fokus stehen Medikamententests an Erkrankten, auch wenn ihnen die Behandlung wohl nicht mehr hilft. Doch wer bestimmt überhaupt, welche Medikamente getestet werden? Bevor ein Arzneimittel das erste Mal am Menschen angewendet und getestet werden darf, müssen Arzneimittelbehörden unter Einbeziehung der Ethikkommission zustimmen. Nur wenn die Behörden keine Bedenken haben, genehmigen sie eine klinische Prüfung, wie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erklärt. Der Bundestag hatte am Freitag eine Neuregelung des Arzneimittelrechts verabschiedet, die auch Medikamententests an Demenzkranken erlaubt - auch wenn diese keinen eigenen Nutzen von den Tests haben.

Auch solchen sogenannten gruppennützigen Forschungen gehen internati-

onal standardisierte Tests im Reagenzglas voraus. Dabei werde sichergestellt, dass es keine erhöhten Risiken gibt, erläutert das BfArM. Ob das Medikament an einem Betroffenen getestet wird, entscheidet der Patient selbst - und zwar nach umfassender ärztlicher Aufklärung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte.

Der Arzt entscheidet, ob der Patient zu dieser Entscheidung geistig in der Lage ist, wie eine Sprecherin des Gesundheitsministeriums erklärt. Ein gesetzlicher Vormund könne nicht im Nachhinein diesen Medikamententests zustimmen - die Entscheidung für die Teilnahme an gruppennützigen Forschungen ist allein Sache des Patienten. Weiter verboten bleiben gruppennützige Tests bei Menschen, die wegen einer geistigen Behinderung von Geburt oder Kindheit an nicht einwilligungsfähig sind.

Bei der Demenzforschung werden auch solche Medikamente getestet, die Einfluss auf das Nervensystem haben,

wie der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie erklärt. Ihre Wirkung bei Erkrankungen des Nervensystems soll untersucht werden. Der Wunsch des Prüfungsteilnehmers, die Studie zu beenden, muss zu jeder Zeit berücksichtigt werden.

Der Verband forschender Arzneimittelhersteller gibt sich mit Blick auf die Neuregelung des Arzneimittelrechts zurückhaltend: „Wir warten jetzt erstmal ab, wie die Menschen damit umgehen - ob sie sich für spätere gruppennützige Tests entscheiden.“ Nach Angaben des Verbands werden jetzt schon Medikamente getestet, mit den man versucht, den geistigen Verfall aufzuhalten oder die Symptome zu lindern. (dpa/tmn)

Gemischte Bilanz nach drei Jahren Patientenrechtegesetz

Berlin – Drei Jahre nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), eine gemischte Bilanz gezogen. Laumann erläuterte am Mittwoch in Berlin, nach einer Studie würden sich Versicherte und Patienten in vielen Bereichen inzwischen sehr gut in ihren Rechten und Pflichten auskennen.

So wisse die überwiegende Mehrheit der Befragten, dass sie - abgesehen von wenigen Ausnahmen - das Recht haben, ihre vollständige Patientenakte einzusehen, und dass Ärzte ausführlich über Diagnosen und Therapiemöglichkeiten informieren müssen. Vier von fünf Befragten fühlen sich hier zumindest ausreichend von ihren Ärzten informiert.

Mit der Aufklärung vor einer Operation seien sogar neun von zehn Befragten zufrieden.

Die Studie zeigt laut Laumann aber auch, dass es weiterhin Bereiche mit Handlungsbedarf gibt. So seien viele

Versicherten und Patienten nicht ausreichend über ihre Rechte gegenüber Krankenkassen informiert. Nur 39 Prozent der Befragten wüssten um die gesetzlichen Fristen, innerhalb derer die Krankenkassen Leistungsanträge bearbeiten müssten.

Auch wüssten nur 48 Prozent, dass bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler eine Unterstützung durch die Krankenkassen gesetzlich vorgeschrieben sei. Und nur 62 Prozent sei bekannt, dass Ärzte verpflichtet seien, über Alternativen zu einer Behandlung aufzuklären - und zwar nicht erst nach Nachfrage durch den Patienten. (dpa)

Anzeige

HFU Akademie



Forschung, Lehre, Weiterbildung

Hochschule Furtwangen Akademie
Wissenschaftliche Weiterbildung der
Hochschule Furtwangen

- Berater/in für hilfreiche Technik im Alter (AAL-Berater)
- Interdisziplinäre Gesundheitsförderung (IGF):
- Angewandte Gesundheitsförderung
- Neuromuskuläre Funktion
- Angewandte Ernährungswissenschaft
- Weiterbildungsbroker

www.hfu-akademie.de
info@hfu-akademie.de



HOCHSCHULE
FURTWANGEN
UNIVERSITY





Der Leserbrief

ELISABETH HÖWLER

zum Artikel „[Toxische \(alte\) Menschen](#)“

von Ulrich Brenner in der Pflegezeitschrift 7/2016, Seite 419-422

Begriffe sollten in der (Alten-)Pflege sensibler verwendet werden. Sie haben wissenschaftlich gesehen nur dann eine korrekte Bedeutung, wenn sie neue Erkenntnisse beschreiben und treffend zusammenfassen.

Der Begriff „toxisch“ sollte generell auf alte Menschen nicht angewendet werden, er ist nicht wertschätzend und widerspricht einer humanistischen Haltung, die von der Achtung der Würde des Menschen geprägt ist. Außerdem passt der Begriff „toxisch“ nicht zum Vokabular des Behaviorismus.

Hohe Dosierungen von Medikamenten/Drogen, Medikamentenakkumulation, Stoffwechselprodukte von Mikroorganismen oder Gifte von Tieren können lebensbedrohlich oder sogar tödlich auf den menschlichen Organismus einwirken. Dennoch bezeichnet ein Veterinärmediziner oder Biologe eine Giftschlange nicht als ein toxisches Tier. Vielmehr sagt er, dass das Sekret der Tiere beim Biss bei ihrer Beute eine nerventoxische (z.B. lähmende) Wirkung auslöst.

Des Weiteren sollten Persönlichkeitsveränderungen (Wesensveränderungen) von Persönlichkeitsstörungen differenziert werden. Von einer Persönlichkeitsveränderung wird dann gesprochen, wenn im Leben eines älteren Menschen ein deutlicher Wandel, der den Lebenssinn unterbrochen hat, eingetreten ist. Es ist eine Störung in Bezug auf Verhaltensweisen, Wertmaßstäbe und Zukunftsperspektiven des Betroffenen eingetreten, was eine Regression von psychischen Funktionen zur Folge hat (Höwler 2016).

Wenn von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen wird, müssen nach IDC-10 bestimmte psycho-soziale Kriterien vorliegen. Eine Störung der Persönlichkeit tritt meistens im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Erkrankung auf, sie beginnt meist in der Kindheit oder Jugend und manifestiert sich auf Dauer im Erwachsenenalter und ist in der Regel mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Die Persönlichkeit kann sich auch bei Menschen verändern, wenn sie z.B. schwer chronisch erkrankt sind. Insbesondere bei der Demenz kommt es aufgrund von neurodegenerativen Prozessen mit Störungen im Transmitterhaushalt zu Affektlabilität und Enthemmung. Durch das Krankheitserleben benötigen die Betroffenen einen **interaktiven** professionellen Umgang, der gelernt werden muss.

Ein Kind im Trotzalter oder ein Jugendlicher in der Pubertät kann manchmal „schwierig“ sein. Sie sind aber nicht als krank zu bezeichnen, sondern benötigen Verständnis und einen demokratischen Erziehungsstil mit dem Aufzeigen von Werten, Normen aber auch Grenzen. Den Begriff „schwierig“ in Bezug auf Menschen zu verwenden ist wertend und sollte einen Betrachter von außen mit seiner Kultur einbeziehen. Gesellschaftlich-kulturelle Normen, in der Regel oft auch Unkenntnis, fließen bei einer Pflegesituation immer mit ein.

In dem Artikel ist am Ende das Beispiel von „Frau B.“ angeführt. Obwohl die pflegende Angehörige die „Gesunde“ und die Hilfsbereite ist, beschwört sie zunächst die Konflikte mit ihrer an Demenz erkrankten Mutter herauf. Konflikte sind alltägliche Vorgänge in zwischenmenschlichen Beziehungen, die viele Menschen in der Familie, unter Freunden oder Arbeitskollegen auch kennen. Man handelt mit guter Absicht drauflos und stutzt, wenn es im alltäglichen Miteinander nicht so klappt. Dann ist erst einmal der andere Schuld, oder es werden etliche Umwelteinflüsse gesucht und dafür verantwortlich gemacht.

„Frau B.“ hat später den demenziellen Krankheitsprozess ihrer Mutter mit Gelassenheit etwas besser verstanden und nun spielen gesellschaftliche Normen auf einmal keine Rolle mehr. Die Tochter empfindet die Pflege nicht mehr als so stressig, obwohl der gleiche Sachverhalt vorliegt.

Durch Gelassenheit bringt sie den eigenen „gesunden“ Geist wieder in Entspannung. Wenn dieses so leicht umsetzbar ist, wären niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige überflüssig. Oder ist die ganze Pflegesituation für die Tochter mehr oder weniger ein krankhafter Zustand, weil sie sich vom Bild der ehemals geistig gesunden Mutter nun lösen muss?

Ausgewogenheit im Miteinander – oftmals ist dieser Anspruch in der Praxis insbesondere für professionell Pflegende in stationären Einrichtungen, aufgrund derzeitiger restriktiver Rahmenbedingungen, leider irrational.

Autorenkontakt:

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, Trier, ist in der Aus-, Fort- und Weiterbildung tätig
Kontakt: elisabethhoewler@yahoo.de



Die Erwiderung

ULRICH BRENNER

Sehr geehrte Frau Dr. Höwler, vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen und meinen Artikel „Toxische (alte) Menschen“ gelesen haben.

Ihre kritischen Anmerkungen zu meinem Artikel haben mich durchaus nachdenklich gestimmt. Es scheint mir nicht gelungen zu sein, Ihnen meine wertschätzende und humanistisch geprägte Grundhaltung gerade durch die Beschäftigung mit schwierigen, toxischen Menschen, auch alten Menschen zu vermitteln.

Ich stimme G.M. Davenports Definition oder Bezeichnung des toxischen alten Menschen zu. Menschen, die sie toxisch nennt, personifizieren auf emotionaler Ebene einen psychosozialen Zustand, der die Lebensgeister aller Leute, die für das Gift empfänglich sind, schwer beeinträchtigen kann. Die Wirkung des Gifts reicht [...] bis zum Rückzug und Suizidgedanken.

Ihre Anmerkungen zu dem Beispiel von „Frau B.“ sind für mich unverständlich. Sie sagen, dass die Tochter die Konflikte heraufbeschwört, d.h., es liegt an ihr, dass es zu Konflikten kommt. Obwohl in dem Fallbeispiel dazu nichts Näheres steht, gehen Sie davon aus, dass die Tochter die Schuld für die Situation bei anderen oder in den Umwelteinflüssen suchen würde.

Widersprechen muss ich Ihnen auch zu Ihrer Äußerung, dass durch Gelassenheit niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige überflüssig wären. Nein, gerade das Gegenteil wird mit Gelassenheit erreicht. Bei pflegenden Angehörigen wird die Bereitschaft niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu nutzen gefördert. Dies wurde mir während meines Engagements als Vorsitzender einer der ersten Tagesbetreuungsangebote für demenzkranke Menschen von vielen pflegenden Angehörigen bestätigt

Autorenkontakt:

Ulrich Brenner, Altenpfleger, Gerontologie (FH), Schulleiter einer BFS Altenpflege und Altenpflegehilfe
Kontakt: ubrenner@gmx.de



> Adipöse Patienten

Abnehm-Bremsen erkennen

ELKE HABIG

Viele Faktoren können zu Übergewicht führen. Pflegekräfte sollten adipöse Patienten gegebenenfalls bei der Suche nach Ursachen unterstützen. Beispielsweise können die individuelle Lebenssituation sowie akute und chronische Erkrankungen Ursachen sein. Das Gleiche gilt für die Einnahme dick machender oder den Stoffwechsel beeinflussender Medikamente, hohe körperliche sowie mentale Belastung, Alkoholkonsum und natürlich Fehlernährung. Pflegekräfte brauchen Hintergrundwissen, um unterstützen zu können.



Foto: Picture-Factory/Fotolia

**„Wir leben nicht um zu essen
sondern essen um zu leben“
Sokrates (469-399 v.Chr.)**

Die moderne Ernährung muss, passend zum Lifestyle unserer Gesellschaft, unkompliziert und schnell gehen. Fast-food, Fertiggerichte und Kantinenessen enthalten jedoch zu viel Zucker sowie ungesunde Fette und haben zu wenig Vitalstoffe. Das Robert Koch-Institut ermittelte in einer Studie von 2008 bis

2011 (RKI2014), dass in Deutschland 67% der Männer und 53% der Frauen übergewichtig sind, 23% der Männer und 24% der Frauen sind sogar stark übergewichtig (adipös) – Tendenz steigend.

Erstaunlicherweise sind die adipösen Patienten oftmals sehr gut aufgeklärt. Ihre Bemühungen abzunehmen sowie die täglichen Berichte in den Medien haben dazu beigetragen. Aber in all der Flut der Informationen ist es für viele Betroffene schwer, einen Weg zu fin-

den, dauerhaft abzunehmen und nicht in die Jo-Jo-Falle zu geraten! Viele Patienten sind schließlich frustriert und fühlen sich überfordert. Oftmals steht ihnen auch das eigene soziale Umfeld (Partner, Familie und Freunde) hilflos gegenüber.

Gerade hier sind wir als Pflegekraft, Arzt oder Ernährungsberater gefordert. Der Patient sollte immer die bestmögliche Unterstützung und Hilfestellung erhalten. Einen dauerhaften Erfolg kann



Abbildung 1: DGE-Ernährungskreis®, Copyright: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn

aber nur eine langfristige Umstellung der Ernährung bewirken, z.B. in Kombination mit bariatrischer Chirurgie. Bei dieser operativen Technik der Magenverkleinerung werden große Teile des Magens entfernt und der verbleibende Magenteil wird mit der ersten Dünndarmschlinge verbunden. Die Sekrete der Bauchspeicheldrüse und Gallenflüssigkeit werden in einen unteren Darmabschnitt geleitet, sodass für die Verdauung und Aufnahme der Nährstoffe weniger Zeit und weniger Oberfläche verbleibt.

Grundlagen ausgewogener Ernährung

Die Frage ist nun: Wie sieht die „richtige“ Ernährung aus, und wie wird sie umgesetzt? Welche Faktoren müssen noch in Betracht gezogen werden, und reicht eine ausgewogene Ernährung aus, um ein gesundes Gewicht zu erreichen? Pflegekräfte müssen sich an erster Stelle darüber informieren, was überhaupt unter einer ausgewogenen Ernährung zu verstehen ist.

Jahrzehntlang galt die Ernährungspyramide der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) als empfehlenswert. Sie stammte ursprünglich aus

den fünfziger Jahren, als Diabetes und Adipositas noch nicht weit verbreitet waren. Die neue, überarbeitete Version stellt sich nun als Ernährungskreis mit Kernaussagen dar (siehe Abbildung 1).

Grundsätzlich gilt: Ein gutes Ernährungskonzept mit einem ausgewogenen Nährstoffplan sollte immer individuell auf den Patienten und an seine Lebenssituation angepasst sein. Die Ernährungsumstellung soll eine dauerhafte Gewichtsreduzierung ohne Jo-Jo Effekt als Ziel haben. Ballaststoffreiche Kohlenhydrate, Mineral- und Vitaminstoffe sowie eine ausreichende Eiweiß- und Fettversorgung müssen garantiert sein. Hier sei noch zu erwähnen, dass viele Menschen, besonders Senioren, unter Eiweißmangel leiden.

Ist-Situation ermitteln

Zum Einstieg sind eine Bioimpedanzmessung und die Ermittlung des Grundumsatzes hilfreich. Bei der Bioimpedanzmessung werden die elektrophysiologischen Eigenschaften eines Organismus genutzt. Sie erlaubt Rückschlüsse auf Menge und Gesundheit der Körperzellen, besonders der Muskulatur und das umgebende Körperwasser. Anhand der Werte kann man dem Patienten sehr

gut Defizite aufzeigen und ihm bewusstmachen, wie sich Ernährungsfehler auf den Organismus auswirken.

„Abnehm-Bremsen“

Es gibt auch „Abnehm-Bremsen“, die im Vorfeld erkannt werden sollten. Hierzu gehören:

Der Vitalstoffmangel

Bei Defiziten von Vitaminen, Amino- und Fettsäuren, Mineralstoffen und Spurenelementen treten häufig Mangelsituationen auf, und zahlreiche Stoffwechselprozesse werden behindert bzw. blockiert – zum Beispiel Chrom- und Zinkmangel. Neben äußerlichen Mangelsymptomen, wie dünnem Haar, Haarausfall, brüchigen Nägeln und Akne, findet man auch Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen (Böhm & Muss 2011).

Bei Diabetes ist dies von Bedeutung, weil die Speicherung, Freisetzung und Wirkung von Insulin geregelt wird. Ein Zinkmangel ruft oft eine Insulinresistenz hervor, die bei der Gewichtsabnahme eine große Hürde ist.

Oftmals ist auch eine Mangelversorgung mit Omega-3-Fettsäuren zu erkennen, die oft mit einer Erhöhung von entzündungsfördernden Fetten wie z.B. der Arachidonsäure aus Schweinefleisch einhergeht. Deshalb sollten Pflegekräfte darauf achten, adipösen Patienten so oft wie möglich Oliven- und Rapsöl, Butter statt Margarine, und bevorzugt Wild, Rind und Lammfleisch zu servieren. Bei Fisch ist die Verwendung von Lachs, Makrele und Hering zu empfehlen (Schulz-Ruhtenberg 2016).

Die Hormone

Auch ein Ungleichgewicht in den Hormonen blockiert den Erfolg der Gewichtsreduktion.

Hier einige Beispiele: Eine Schilddrüsenunterfunktion führt zu einer schlechten Hormonlage, bei der Stoffwechselläufe nur bedingt und langsam stattfinden.

Ein zu hoher Anteil des Fettgewebes beim Mann führt zu einer vermehrten Bildung von Östradiol, was die männlichen Sexualhormone beeinflusst. Gleichzeitig führt ein Testosteron-Mangel zu einer Zunahme des Fettgewebes. Ein Mangel des Botenstoffes Serotonin (Neurotransmitter), der eine antidepressive Wirkung

hat, führt oft zu Heißhunger-Attacken auf Süßes wie Schokolade – und somit zu weiterer Gewichtszunahme. Mit zunehmenden Alter geht außerdem die Bildung von Wachstumshormonen (Somatotropin) zurück. Diese steuern aktiv den Zucker-Fett-Eiweißstoffwechsel, weswegen es dem älteren Menschen schwerer fällt, abzunehmen.

Ein Laborcheck ist wichtig, um derartige Hormon-Ungleichgewichte zu erkennen und zu behandeln. Hierbei haben sich Vollblutanalysen bewährt (Synlab 2016). Pflegekräfte sollten diese bei behandelnden Arzt gegebenenfalls anregen. Ein Ausgleich von „Vitalstoffmangel“ kann durch eine orthomolekulare Nahrungsergänzung sinnvoll sein. Dabei wird die Zufuhr an Mineralstoffen, Spurenelementen, Vitaminen, essenziellen Fett- und Aminosäuren erhöht. Dabei sollte aber die Zusammensetzung und Dosis optimiert abgestimmt sein und auch kontrolliert werden.

Die Medikamente

Auch Medikamente können Adipositas auslösen bzw. eine Gewichtsabnahme blockieren.

Hierzu gehören z.B. Neuroleptika und Antidepressiva. Der sedierende Effekt mancher Psychopharmaka beeinflusst den Energieverbrauch und damit das Körpergewicht.

Neuroleptika und Antidepressiva interagieren mit einer Reihe von Neurotransmitter-Rezeptoren (das sogenannte serotonerge, nordadrenerge und histaminerge System), was eine appetitanregende Wirkung auslösen kann.

Die Appetitregulation im Gehirn ist sehr komplex. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Leptin, ein von Fettzellen ge-

bildetes Hormon. Es wird nach glukosehaltiger Nahrungsaufnahme ausgeschüttet und gelangt über das Blut zum Zwischenhirn, wo es bestimmte Rezeptoren stimuliert und das „Sättigungsgefühl“ auslöst. Bei adipösen Menschen ist die Empfindlichkeit der Leptin-Rezeptoren erniedrigt, sodass Leptin seine Wirkung nicht mehr voll entfalten kann – ein gestörtes Sättigungsgefühl ist die Folge (Immel-Sehr 2011).

Der Stress

Viele Übergewichtige Menschen haben ein hohes „Stresskonto“. Den Tag besser zu strukturieren (Stressmanagement) baut nach und nach die Stressfallen ab. Hilfreich für Patient und Therapeut kann es sein, ein Ernährungstagebuch zu führen. Pflegekräfte können dabei eine wichtige Unterstützung sein.

Die Nahrungsmittelunverträglichkeit

In der Bevölkerung nimmt die Nahrungsmittel-Intoleranz gegenüber Fruktose, Laktose, Histamin und Gluten stetig zu. Die Folge sind Verdauungsprobleme mit Vitaminstoffmangel, die unweigerlich zu Blähungen, Durchfall und oftmals auch zur Gewichtszunahme führen. Auch hier gilt: Ein diesbezüglicher Verdacht sollte über den behandelnden Arzt abgeklärt werden.

Der Bewegungsmangel

Muskelaufbau erfolgt über Ernährung und durch Sport. Sport und Bewegung sind für den adipösen Patienten oft mit Hemmungen verbunden. Allerdings gibt es heute viele Vereine und Sportinstitute, die sich auf adipöse Kunden spezialisiert haben und genau auf deren Bedürfnisse eingehen.

Soziale Kontakte

Wichtig für den Erfolg und Umsetzung der Gewichtsreduzierung sind eine positive Einstellung und das persönliche Umfeld. Der Patient sollte motiviert werden, z.B. einer (Selbsthilfe-)Gruppe beizutreten, um sich auszutauschen und ggfs. gemeinsam Sport zu treiben.

Fazit

Eine konstante und dauerhafte Gewichtsreduzierung bei Adipositas kann nur über die Einbeziehung der gesamten Lebenssituation erzielt werden. „Abnehm-Bremsen“ und bereits manifestierte Erkrankungen behindern den Erfolg. Neben einem gesunden, vitalstoffreichen Ernährungskonzept sollten ausreichend Bewegung und ein gutes soziales Umfeld den Patienten begleiten. Hilfreich kann neben einer operativen Magenverkleinerung auch eine begleitende Therapie durch einen psychologischen Psychotherapeuten sein. <<



Literatur

Böhm U. & Muss C. (2011) Rationelle Therapie in der Mikronährstoffmedizin. 1. Aufl. Uni-Med, Bremen.

Immel-Sehr A. (2011) Medikamente als Dickmacher. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=39283>, Zugriff am 9. Oktober 2016.

Robert Koch Institut (2014) Gesundheitsmonitoring – Übergewicht und Adipositas. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html. Zugriff am 3. November 2016.

Schulz-Ruhtenberg N. (2016) Mehr gesunde Fette. *Sportärztezeitung* 3/2016, S. 66-70.

Synlab Laboratorium für spektralanalytische und biologische Untersuchungen Dr. Bayer (Hrsg.) (2016) Laborinformationen. http://www.labor-bayer.de/laborinformationen_publicationen.html, Zugriff am 9. Oktober 2016.

Zusammenfassung

Das medizinische Fachpersonal sollte auf adipösen Patienten zugehen und ihnen kompetent Hilfestellung und Möglichkeiten zu veränderten Ernährungsgewohnheiten, Speiseplänen und ihren persönlichen Lebensumständen aufzeigen. In der Präventionsmedizin ist die Ernährung die Basis für Gesundheit und Lebensfreude. Akute und chronische Krankheiten können somit verhindert bzw. auch abgemildert werden. Unter Berücksichtigung einiger Faktoren, die hier aufgeführt wurden, kann eine Ernährungsumstellung erfolgreich sein und den adipösen Menschen den Weg in ein gesundes Leben bereiten.

Schlüsselwörter: *Adipositas, Ernährungsumstellung, Vitalstoffmangel, Abnehm-Bremsen*

Autorenkontakt:

Elke Habig, Exam.Krankenschwester, Ernährung und Prävention www.ernaehrungsberatung-koeln.com, **Kontakt:** elke.habig@web.de

> Magersucht und Bulimie

Essstörungen verstehen und erkennen

SYLVIA HERBERG

Wir alle werden von unseren Emotionen geleitet. Essen und Psyche sind untrennbar. Uns „schlägt etwas auf den Magen“, wir „finden etwas zum Kotzen“, oder wir haben „ein Bauchgefühl“. Aber ab wann wird aus einer bloßen Befindlichkeit eine Krankheit? Wie geht man damit um? Und wie werden Essstörungen behandelt?



Essstörungen sind ein sehr komplexes Thema. Ob im privaten oder beruflichen Kontext begegnen sie uns mit vielen Gesichtern. Um damit umgehen zu können, bedarf es eines Verständnisses der verschiedenen Entstehungsformen und auch deren Auswirkungen auf das tägliche Leben der Betroffenen. Da das Thema Essen uns das ganze Leben von der Geburt bis hin zu unserem Tod begleitet, kann es zu temporären, aber auch über lange Lebensperioden hinweg andauernden Störungen kommen.

Zunächst einmal gilt es den Begriff „Essstörungen“ zu betrachten: Er bedeutet nichts anderes als eine Störung im Essverhalten eines Menschen. Generell betrachten wir eine Störung als etwas, das von der Norm abweicht. Eine Störung versuchen wir generell von Natur

aus zu beheben, um so zu einem besseren Zustand zu gelangen. Essen sollte in erster Linie beinhalten, dass wir genug Energie für unser Wachstum und unseren Körper bekommen, damit er alle Funktionen erhalten und sich weiterentwickeln kann. Das tägliche Essen soll uns mit allen Nährstoffen versorgen, unsere Zellen am Leben erhalten und einen ständigen Stoffwechsel gewährleisten. Unsere tägliche Energiezufuhr sollte dabei unseren Bedürfnissen angepasst sein. Dazu zählen zum Beispiel Geschlecht, Alter, Körpergröße sowie -gewicht, das klimatische Umfeld, unser Gesundheitszustand und das Bewegungsverhalten. Die Energiemenge, die wir zu uns nehmen, spielt dabei eine ebenso wichtige Rolle wie die Qualität und die Quantität unserer Nahrung.

Ernährungspsychologie

Wir alle werden von unseren Emotionen (Gefühle in Bewegung) geleitet. Wir teilen sie in positive und negative Emotionen und Assoziationen auf.

Schon im Mutterleib erleben wir das Essverhalten unserer Mutter, nehmen Geschmack wahr und entwickeln Vorlieben. Werden wir von unserer Mutter gestillt, so entsteht über den ersten Essvorgang außerhalb des Mutterleibes ein Gefühl von Zufriedenheit, Sättigkeit und Fürsorge. Essen wird unbewusst mit Gefühlen verbunden – so wie es sein sollte.

Im Laufe des Lebens kann es aber dazu kommen, dass sich in Bezug zur Nahrungsaufnahme nur noch negative Gefühle einstellen – Essen wird zu Kampf und Krampf.

Essen und Emotionen

Eine Essstörung tritt dann auf, wenn negative Emotionen zu stark mit dem Essen verknüpft oder Probleme mit oder ohne Nahrungsaufnahme vorgeblich „gelöst“ werden sollen, was bedeutet: Die Betroffenen entwickeln Essstörungen, indem sie zu viel essen, zu wenig essen, essen und Erbrechen oder zwanghafte Maßnahmen wie übermäßigen Sport, hohen

Positiv	Negativ
Genuss	Frust
Freude	Trauer
Spaß	Depression, Isolation
Sicherheit	Stress
Soziale Bindungen (Freunde, Familie)	Wut, Enttäuschung
Liebe	Scham
Zufriedenheit	Schuld
Glück	Ohnmacht

Konsum von Abführmitteln und Diäten damit in Verbindung bringen.

3-Ebenen-Modell von Essstörungen

Die Entstehung einer Essstörung ist sehr komplex und muss von mehreren Seiten betrachtet werden. Dieses Grundverständnis ist außerordentlich wichtig, um in der Therapie damit arbeiten zu können.

Körperebene

Die Beziehung zum eigenen Körper ist bei an Essstörungen Erkrankten sehr stark gestört. Zerstörerische Gedanken und ein negatives Körperbild herrschen vor. Der eigene Körper wird dabei regelrecht gehasst. Der Körper verdaut das Essen, aber wenn der Körper selber nicht anerkannt wird, gibt es unterbewusst keinen Sinn oder Antrieb, diesen gut zu ernähren oder zu pflegen. Der Körper wird als lästig empfunden und nicht gut behandelt. Hinzu kommt eventuell selbstverletzendes Verhalten wie etwa Ritzen.

Essebene

Je nach Störungsbild stimmt der Mahlzeitenrhythmus nicht mehr. Es kommt zu unregelmäßigem Essen, entweder zu wenig oder zu viel. Qualität und Quantität sind unwichtig geworden. Die Gedanken kreisen stattdessen um Kalorien, Vermeidungsstrategien und große Angst vor dem Essen an sich. Die eigene Versorgung mit Essen und das soziale Gefüge leiden extrem.

Psychische Ebene

Der Essstörung liegt immer eine tiefe seelische Störung zugrunde, die sehr komplex ist. Es sind „falsche Gedanken“ zur eigenen Persönlichkeit, selbstabwertende Gedanken über das eigene Leben und Erleben. Verzerrte, falsch erlernte Beziehungszusammenhänge führen ebenso zu einer falschen, negativen Identitätsbildung. Häufig wird versucht, traumatische Erlebnisse (in erster Linie emotionaler oder sexueller Missbrauch) durch eine Essstörung zu „lösen“.

Außenwelt und Innenwelt

Wie die Außenwelt uns steuert

Generell bilden wir unsere Realität über die Gedanken, die wir pflegen. Diese Ge-

danken spiegeln unsere Erfahrungen, Werte und Meinungen über Dinge oder Zusammenhänge wider. Die Gedanken spiegeln schlichtweg unsere Realität – und auch umgekehrt. In erster Linie halten wir sie, insbesondere als Kind, für wahr.

Dazu gehören die Meinungen der Eltern und der Familie generell, der Gesellschaft, anderer Erziehungspersonen wie Erziehern, Lehrern und Menschen, die uns längere Zeit begleiten. Hinzu kommt die Meinung aus den Medien und verschiedenen Industriezweigen wie Lebensmittel-, Schönheits-, Pharma- und Werbeindustrie.

Jeder macht sich ein Bild darüber, wie er am besten zu sein hat. Den einen oder anderen beeinflusst die Außenwelt sehr stark, vor allem, wenn die Innenwelt sehr instabil ist.

Unsere Innenwelt

Mit „Innenwelt“ ist die eigene Identitätsbildung und das Emotionserleben gemeint, die eigenen Gedanken über sich selbst. Diese komplexe Innenwelt ist höchst individuell und wie eine Landkarte zu sehen, die der Mensch in sich trägt: ein Abbild des bisher gegangenen Weges und der Meinungen über sich selber. Kernpunkte der Innenwelt sind das Denken über den eigenen Körper, die eigene Rolle im Leben und der Selbstwert, ebenso das Emotionserleben und die Frage, wie damit umgegangen wird. Verdrängte Konflikte, Traumata, die nicht angegangen wurden und eine Selbstabwertung beeinflussen die Innenwelt stark.

Essstörung als Lösung der Diskrepanz zwischen Außen- und Innenwelt

Die Psyche arbeitet immer lösungsorientiert. Sie will sich von den erlebten und nicht verarbeiteten Belastungen befreien. Ohne therapeutische Hilfe kann dies in einer Essstörung enden. Es ist ein Versuch, sich irgendwie von etwas zu befreien, was den Betroffenen selbst sehr unklar erscheint.

Essstörung als Antwort auf gestörte Beziehungsmuster

Auf tiefenpsychologischer Ebene ist die Essstörung auch immer eine Antwort auf ein Missverhältnis innerhalb eines Beziehungsgefüges. Da wir zumeist in einem Familiengefüge aufwachsen, nehmen wir uns dort in unserem Sein als erstes wahr.

Wir sind Teil dieses Systems. Eine Familie kann daran „kranken“, wenn Konflikte nicht ausgesprochen und Probleme unter den Teppich gekehrt, die Rollen der Mitglieder nicht klar besetzt werden oder Familienmitglieder psychische Probleme haben. Eine Antwort auf diese Ungleichgewichte kann die Essstörung der Kinder sein. Oft sind bereits bei den Eltern Essstörungen vorhanden, die unbewusst weitergetragen werden.

Essstörungen

Anorexia Nervosa (F50.0)

In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) wird die Magersucht unter Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00-F99) wie folgt beschrieben: Die Anorexia ist durch einen absichtlich herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (DIMNI).

Das Erleben der Anorexia Nervosa

Ab wann beschließt ein Mensch, gegen sein eigenes, natürliches Hungergefühl zu gehen? Wieso tut er dies? Wieso schafft er es, und warum kann es am Ende sogar das Leben kosten? Und ist dies alles heilbar?

Mit diesen Fragen muss man sich beschäftigen, wenn man mit der Magersucht in Berührung kommt. Bei der Magersucht sind die destruktiven Gedanken so stark, dass alles andere an Gefühlen ausgeschaltet wird. Die Kette

an negativen Gedanken und negativem Erleben ist so ausgeprägt, dass alle Energie, die der Mensch besitzt, aufgewendet wird, um dem Körper keine oder möglichst wenig Energie zu geben. Ähnlich wie bei einem Hungerstreik wird mit dem Körper und dem gestörten Essverhalten ein Zeichen gesetzt. Der Körper ist das, was man von außen sehen kann, und alles, was nicht ausgesprochen oder nicht aus-agiert werden kann, wird darüber zu lösen versucht. Durch das Unterdrücken der tiefsten Gefühle wie Hunger und Sättigung soll jegliches Emotionserleben ausgeschaltet werden. Gefühle und Probleme werden mit dem Nichtessen sozusagen ignoriert.

Ziemlich oft zeigt sich die Erkrankung bei Mädchen mit Beginn der Pubertät. Die weibliche Form und Fülle (auch für neues Leben) kann nicht angenommen und akzeptiert, der Körper soll knabenhaft gehalten werden. Dadurch ist auch der Körper irritiert – Elektrolyt- und Hormonhaushalt sind völlig verschoben.

Wenn ein junges Mädchen nicht mehr isst, will es auf einer bestimmten Ebene etwas sagen. Die Familien bekommen Angst um das Kind und fangen an zu agieren. Fangen an, Hilfe zu suchen, beispielsweise über eine Therapie. Hierbei ist eine Familientherapie am sinnvollsten, da die Essstörung die ganze Familie einnimmt und betrifft.

Die Betroffenen nehmen dieses Leid auf sich, weil sie keine andere Möglichkeit sehen. Für Außenstehende ist es oft unvorstellbar und qualvoll mitanzusehen, dass sich jemand herunterhungert. Viel wichtiger als Mitleid ist es, die Probleme, die dahinterstecken, offen anzusprechen und anzugehen. Dazu zählt auch der Schritt in eine Fachklinik oder zu einer ambulanten Psychotherapie.

Bulimia Nervosa (F50.2)

Die Ess-Brechsucht ist durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen (DIMDI).

Das Erleben der Bulimia Nervosa

Beginn und Entstehungsmuster der Bulimie sind ähnlich der Anorexie, allerdings äußert sich die Bulimie eben anders. Das Emotionserleben wird hierbei nicht „ausgeschaltet“ oder „weggehungert“, sondern mit überstarker Magenfüllung und wiederum Magenentleerung gesteuert. Dabei wird bei den Essanfällen, die je nach Phase der Erkrankung mehrmals am Tag auftreten können, übermäßig viel und wahllos gegessen. Dieses Vorgehen wiederum führt zu destruktiven Gedanken über die eigene Unfähigkeit, Schwäche und Selbstekel. Es ist ein gedanklicher Teufelskreis, der letztendlich immer wieder zu Essanfällen führt. Anders als bei der Anorexie ist diese Erkrankung von außen meist nicht auf den ersten Blick sichtbar. Es besteht in der Regel Normalgewicht, da nicht jede Mahlzeit erbrochen wird. Die Bulimie verläuft eher heimlich und schleichend und bleibt oft über Jahre und Jahrzehnte

ungesehen, sogar vom Partner oder den eigenen Kindern. Innere physiologische Schäden durch dauerndes Erbrechen können oft sehr stark sein.

Therapie von Essstörungen

Da der Anfang der Essstörung zumeist in der frühesten Kindheit zu finden ist und sie oft über Jahrzehnte entstanden und gewachsen ist, braucht es entsprechend viel Zeit und Geduld bei der Therapie. Das Wichtigste dabei ist der Wille und auch der Glaube des Betroffenen. Genauso wichtig ist der Therapeut, der an die Heilung glaubt. Dies ist außerordentlich wichtig, weil nur so eine gute Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient entstehen kann, was die Chancen der Heilung bedeutend erhöht. Nicht zuletzt ist die Therapie aber als ein Weg anzusehen, der gegangen werden muss. In akuten oder frisch diagnostizierten Fällen ist zumeist ein Klinikaufenthalt für eine erste Stabilisierung sehr sinnvoll. Danach sollte eine ambulante Therapie erfolgen.

Fazit

Essstörungen wollen angesehen werden. Menschen mit Essstörungen haben etwas zu sagen, auf einer ganz diffizilen Ebene. Sie sind sehr feinfühligere Menschen. Jeder, dem ein Mensch mit einer Essstörung begegnet, sollte diesen nicht verurteilen, sondern den Menschen und dessen Geschichte dahinter wahrnehmen. <<

Zusammenfassung

Begegnen wir in unserem Alltag – ob beruflich oder privat – Menschen mit einer Essstörung, so haben wir die Wahl, wie wir damit umgehen mögen. Essstörungen „verstecken“ sich oft zunächst hinter anderen Erkrankungen, die weitläufig mit dem Thema Essen zu tun haben. Das Essen ist nicht das wirkliche Problem, sondern nur das Symptom. Trotzdem ist es sinnvoll, begleitend zur Psychotherapie auch eine ernährungsmedizinische Therapie zu beginnen. Dies ist möglich bei einer spezialisierten, kassenzugelassenen Ernährungsfachkraft.

Schlüsselwörter: *Essstörung, Ernährungspsychologie, Verständnis*

Literatur

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgcm2016/block-f50-f59.html>

Autorenkontakt:

Sylvia Herberg, Diätassistentin, Dipl. Oecotrophologin, Fachberaterin für Essstörungen (FZE), NLP-Trainerin,
Kontakt: info@ernaehrungsberatung-herberg.de

> Indikationen, Produktauswahl, Anwendung

Trink- und Sondennahrung bei Mangelernährung

SABINE MARIENFELD, CHRISTA FLERCHINGER & JÖRG BOJUNGA

Viele, vor allem ältere Menschen, nehmen zu wenig Nährstoffe zu sich. Gerade schwer erkrankte, bettlägerige oder betagte Patienten in Pflegeheimen können aber durch Trinknahrung, oder, wenn dies nicht möglich ist, durch Magensonden gut versorgt werden. Grundsätzlich ist auch eine enterale Ernährung als Form der künstlichen Ernährung mit Risiken behaftet. Vor- und Nachteile sowie der Nutzen müssen gemeinsam mit dem Patienten abgewogen werden. Was ist dabei zu beachten und für wen eignet sich was?



Foto: Lichtmaier/Photolia

Patienten, Pflegeheimbewohner und ältere Menschen sind aufgrund ihres Gesundheitszustandes und ihres Alters gefährdet, eine Mangelernährung zu entwickeln. Jeder vierte hospitalisierte Patient und zwei Drittel der geriatrischen Patienten in Pflegeeinrichtungen haben ein Risiko für Mangelernährung oder sind bereits mangelernährt (Pirlich et al. 2006; Pauly et al. 2007). Krankheits-spezifische Mangelernährung ist ein un-

abhängiger Risikofaktor für Infektionen, Komplikationen, Morbidität und Mortalität. Sie führt zu längeren Liegezeiten im Krankenhaus, häufigeren Einweisungen und vermindert die Lebensqualität (Norman et al. 2008).

Zu den Faktoren, die zur Mangelernährung führen können, zählen u.a. akute und chronische sowie konsumierende Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Kau- und Schluckprob-

leme, kognitive Einschränkungen, Demenz, Depression, Einsamkeit und soziale Isolation.

Trinknahrung gegen Mangelernährung

Bei unzureichender oraler Nahrungsaufnahme kann Trinknahrung eine wichtige Maßnahme darstellen, um Mangelernährung vorzubeugen oder

Nährstoffe	Zutaten
Makronährstoffe	
Kohlenhydrate	Dextrose, Maltodextrin, Glukosesirup, Saccharose, Fruktose, (modifizierte) Stärke
Eiweiß	Milcheiweiß, Molkeneiweiß, Sojaeiweiß
Fett	Sonnenblumenöl, Rapsöl, Palmöl, Fischöl, mittelkettige Triglyzeride (MCT)
Ballaststoffe	Zellulose, Inulin, Pektin, Oligofruktose, Weizendextrin, Sojaballaststoffe, Haferballaststoffe, Guarkernmehl, Erbsenfasern
Flüssigkeit	Wasser (Anteil ca. 70-85 ml / 100 ml Trink- oder Sondennahrung)
Mikronährstoffe	
Vitamine	Zusatzstoffe gemäß Verordnung über diätetische Lebensmittel (Diätverordnung) unter Berücksichtigung der jeweiligen Höchst- und Mindestmengen
Mineralstoffe	
Spurenelemente	

Tabelle 1: Beispiele für Zutaten in industriell hergestellten enteralen Ernährungslösungen (Trink- und Sondennahrung)

sie zu behandeln. Außerdem kann sie Komplikationen reduzieren und die Lebensqualität verbessern (Stratton & Elia 2007; Milne et al. 2009). Aus eigener langjähriger Erfahrung der Autoren wird Trink- und Sondennahrung von Patienten nicht immer in ausreichender Menge akzeptiert, wodurch der Behandlungserfolg geringer ausfällt oder ausbleibt.

Für die enterale Ernährungstherapie wurde in den vergangenen Jahren von zahlreichen Herstellern eine breite Palette an Trink- und Sondennahrungen entwickelt und auf den Markt gebracht. Aber wie unterscheiden sich diese Produkte und für welche Patienten bzw. bei welchen Indikationen können sie eingesetzt werden? Und wie kann die

Akzeptanz bei den Patienten verbessert werden?

Zusammensetzung enteraler Ernährungslösungen

Trink- und Sondennahrungen sind diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke – sogenannte bilanzierte Diäten. Dabei werden vollbilanzierte und teilbilanzierte Produkte voneinander unterschieden.

Vollbilanzierte Trink- und Sondennahrungen enthalten Makronährstoffe (Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett) sowie Mikronährstoffe (Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente) in ausreichender Menge. Patienten können mit diesen Produkten vollständig ernährt werden.

Teilbilanzierte Trink- und Sondennahrungen enthalten nicht alle Nährstoffe bzw. sind in ihrer Zusammensetzung nicht ausgewogen und können daher nur einen ergänzenden Beitrag zur normalen Ernährung leisten.

Höchst- und Mindestmengen für Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente werden vom Gesetzgeber in der Verordnung über diätetische Lebensmittel festgelegt (Diätverordnung 2005). Produkte für Säuglinge und Kinder unterscheiden sich von Produkten für Erwachsene v.a. im Nährstoffgehalt, der festgelegte altersabhängige Anforderungen und besondere Ernährungserfordernisse erfüllen muss.

Entsprechend ihres Energiegehalts können Trink- und Sondennahrungen

Indikationen	Produkteigenschaften
erhöhter Energiebedarf, z.B. bei konsumierenden Erkrankungen,	hochkalorisch, mit Ballaststoffen
erhöhter Eiweißbedarf, z.B. bei konsumierenden Erkrankungen; Dekubitus, Wundheilungsstörungen	hochkalorisch, eiweißreich, mit Ballaststoffen
Ernährungsaufbau nach Sondenanlage	normokalorisch, mit löslichen Ballaststoffen
Ernährungsaufbau nach parenteraler Ernährung	normokalorisch, mit MCT im Fettanteil, mit löslichen Ballaststoffen, ggf. niedermolekular
Diabetes mellitus	normo- oder hochkalorisch, mit Ballaststoffen
Leberzirrhose, klinisch stabil	hochkalorisch, eiweißreich, mit Ballaststoffen
chronisch entzündliche Darmerkrankungen, akuter Schub	normokalorisch, ohne Ballaststoffe, ggf. niedermolekular
chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Remission	normo- oder hochkalorisch, mit Ballaststoffen
Malabsorption, Maldigestion	normokalorisch, mit MCT im Fettanteil, mit löslichen Ballaststoffen, ggf. niedermolekular
prä-dialytische Niereninsuffizienz	hochkalorisch, eiweißarm, elektrolyt-reduziert, mit Ballaststoffen
dialysepflichtige Niereninsuffizienz	hochkalorisch, eiweißreich, mit Ballaststoffen

Tabelle 2: Empfehlungen zur Auswahl enteraler Ernährungslösungen (Trink- und Sondennahrung) bei ausgewählten Erkrankungen und Stoffwechsellagen

Geschmacksrichtung der Trinknahrung	Variationen
süß	
Vanille, Schokolade	pudding kochen, einen Teil der Milch durch Trinknahrung ersetzen
Schokolade, Kaffee	gekühlt mit einer Kugel Vanilleeis und Sahnehaube als Eisschokolade bzw. Eiskaffee genießen
Erdbeere, Banane	in Quark einrühren, mit frischen Erdbeeren bzw. Banane verfeinern
Vanille, Schokolade, Frucht	als Dessertsoße zu Obstsalat, Pudding, Eis servieren
Vanille, Frucht, Neutral	als Flüssigkeit für Müsli oder Cornflakes verwenden
Neutral	mit Früchten nach Belieben einen Shake herstellen
herzhaft	
Neutral	Flüssigkeit in Gemüsecremesuppen, Kartoffelpüree, Soßen oder Aufläufen teilweise durch Trinknahrung ersetzen
Tomate	mit Salz, Pfeffer und anderen Gewürzen abschmecken, frischen Basilikum zugeben, mit Tomatenmark oder Creme fraîche verfeinern, Croutons oder Reis zugeben
Gemüse	mit Salz, Pfeffer und anderen Gewürzen abschmecken, frische Kräuter wie Petersilie, Schnittlauch, Sellerie, Koriander etc. zugeben, mit Creme fraîche verfeinern, weich gekochte Gemüsestückchen zugeben

Tabelle 3: Ideen zur Verarbeitung von Trinknahrung in Speisen und Getränken

in normokalorische (1,0-1,2 kcal/ml) und hochkalorische (über 1,2 kcal/ml) Produkte eingeteilt werden.

Hochmolekulare (nährstoffdefinierte) Produkte enthalten Makronährstoffe in der gleichen Form, wie sie auch in Lebensmitteln vorliegen (z.B. als Milcheiweiß). Dies setzt eine ausreichende Verdauungs- und Resorptionsleistung des Magen-Darm-Traktes voraus. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der üblicherweise verwendeten Zutaten.

In niedermolekularen (chemisch definierten) Trink- und Sondennahrungen liegen die Makronährstoffe zum Teil bereits in aufgespaltener Form vor (z.B. als teilhydrolysiertes Eiweiß). Diese Produkte finden u.a. bei eingeschränkter Verdauungs- und Resorptionsleistung Anwendung. Sogenannte Elementardiäten enthalten z.B. hoch hydrolysiertes Eiweiß bzw. Aminosäuremischungen.

Darüber hinaus gibt es Nährstoffsupplemente (Zusätze), die nur einzelne Nährstoffe enthalten, beispielsweise Maltodextrin, Eiweißpulver, Fettemulsionen oder Ballaststoffe. Diese können ganz gezielt zur Anreicherung von Speisen und Getränken eingesetzt werden, um einen höheren Energie- oder Eiweißgehalt der Speisen zu erreichen.

Trink- und Sondennahrungen werden industriell hergestellt und verzehrfertig in Plastikbehältern, Glasflaschen oder Getränkekartons angeboten. Es gibt auch einzelne Produkte in Pulverform, die vor der Einnahme in Flüssigkeit wie

Wasser oder Milch eingerührt werden müssen.

Indikationen für enterale Ernährung

Bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden oralen Ernährung muss die Indikation zur enteralen Ernährung sorgfältig geprüft werden. Bevor jedoch damit begonnen wird, müssen zunächst alle Maßnahmen zur natürlichen Ernährung der Patienten ausgeschöpft sein. Dazu zählt es etwa, die Speisen und Getränke mit kalorienreichen Lebensmitteln wie Sahne, Pflanzenöl oder Butter anzureichern, zusätzliche Zwischen- sowie Spätmahlzeiten einzuführen und die Konsistenz und Textur von Speisen und Getränken zu verändern, um den Schluckvorgang zu erleichtern. Außerdem sollte eine angenehme Essensatmosphäre gestaltet werden.

Adäquate medizinische Behandlungen bei Erkrankungen (z.B. ausreichende Medikation gegen Übelkeit oder Mundschleimhautentzündung unter Chemotherapie), Zahnbehandlung, Schlucktraining, auch pflegerische Maßnahmen wie Hilfe beim Essen und verbale Aufforderungen zum Essen und Trinken (Volkert et al. 2013) müssen dazu gehören.

Auch die qualifizierte Ernährungsberatung stellt eine wichtige Maßnahme dar, um die orale Nahrungsaufnahme zu verbessern. Studien konnten zeigen,

dass durch eine intensive und individuelle Ernährungsberatung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren und gastrointestinalen Tumoren die Energie- und Eiweißaufnahme gesteigert und damit der Ernährungsstatus und die Lebensqualität verbessert werden konnten (Isenring et al. 2004; Ravasco et al. 2005a; Ravasco et al. 2005b).

Die richtige Dosierung ermitteln

Wird die Indikation zur enteralen Ernährung gestellt, so muss ein Behandlungsziel festgelegt werden, etwa eine vorübergehende Sicherung der ausreichenden Ernährung und Flüssigkeit. Grundsätzlich ist auch eine enterale Ernährung als Form der künstlichen Ernährung mit Risiken behaftet. Insbesondere bei weit fortgeschrittenem irreversiblen Krankheitsverlauf und in der letzten Lebensphase können mögliche Belastungen durch die enterale Ernährung die evtl. nur geringen Vorteile überwiegen (Arends et al. 2015).

Trink- und Sondennahrungen dürfen grundsätzlich nicht gegeben werden, wenn eine Kontraindikation wie akute gastrointestinale Blutungen, Darmlähmung (Darmatonie) oder -verschluss (Ileus) besteht.

Die Auswahl und Dosierung der Trink- und Sondennahrung richtet sich nach dem individuellen Energie- und Nährstoffbedarf der Patienten, Grund- und

Beispiel: 65-Jähriger Patient mit Larynxkarzinom, 50 kg, keine orale Nahrungsaufnahme möglich, Neuanlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG); Energiebedarf 1500 kcal / Tag, Flüssigkeitsbedarf 2000 ml / Tag, Aufbau mit einer normokalorischen Sondennahrung (Anteil freies Wasser 80%), Applikation per Ernährungspumpe.

Tag	Volumen	Geschwindigkeit
1	1x 250 ml Sondennahrung + 1x 500 ml Wasser	25 ml / h
2	2x 250 ml Sondennahrung + 2x 500 ml Wasser	50 ml / h
3	3x 250 ml Sondennahrung + 3x 500 ml Wasser	75 ml / h
4	2x 500 ml Sondennahrung + 3x 400 ml Wasser	100 ml / h
5	2x 500 ml + 1x 250 ml Sondennahrung + 2x 500 ml Wasser	125 ml / h
6	3x 500 ml Sondennahrung + 2x 400 ml Wasser	150 ml / h

Bei schwer mangelernährten Patienten kann ein langsamerer Aufbau mit Steigerung der Menge und Geschwindigkeit alle zwei Tage erforderlich sein. Bei Komplikationen soll eine Stufe zurückgegangen werden.

Tabelle 4: Aufbauplan für die Applikation von Sondennahrung

Begleiterkrankungen und der Stoffwechsellaage (Tabelle 2).

Dazu sollte zunächst der „Ruheenergieumsatz“ mittels „indirekter Kalorimetrie“ gemessen werden. Dabei wird beim Patienten der Energieverbrauch indirekt über den gemessenen Sauerstoffverbrauch berechnet. Alternativ kann eine Schätzung durch die Berechnung mit der Harris-Benedict-Formel erfolgen, in die Alter, Geschlecht, Körpergewicht und -größe eingehen (Harris & Benedict 1918).

Der Gesamtenergiebedarf pro Tag berechnet sich dann aus dem Ruheenergieumsatz multipliziert mit einem Faktor für die körperliche Aktivität. Da dieses Vorgehen für die meisten Stationen und Pflegeeinrichtungen nicht praktikabel ist, kann zur Vereinfachung folgende Schätzformel angewandt werden:

- mobile Patienten: 30 kcal/kg Körpergewicht pro Tag,
- bettlägerige Patienten: 25 kcal/kg Körpergewicht pro Tag.

Abweichungen davon können z.B. bei konsumierenden Erkrankungen (Leiden, die mit einem starken Gewichtsverlust einhergehen), bei schwerer Mangelernährung, bei untergewichtigen oder adipösen Patienten und bei Patienten mit Hyperaktivität (z.B. Demenz) vorliegen. Ausführliche Empfehlungen zum Energie- und Nährstoffbedarf können den Leitlinien zur klinischen Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (<http://www.dgem.de/?q=leitlinien>) entnommen werden.

Darüber hinaus entscheidet auch die aktuelle orale Nahrungsaufnahme über die Menge an ergänzender Trink- oder Sondennahrung. Diese kann mithilfe eines Essprotokolls oder Tellerdiagramms erhoben werden.

Zur Verdeutlichung soll hier ein Beispiel gegeben werden: eine 50-jährige Patientin leidet an einer Tumorerkrankung. Die Patientin ist mobil, hat in den vergangenen drei Monaten krankheitsbedingt 10 kg abgenommen und wiegt aktuell 54 kg. Sie kann lt. Tellerprotokoll nur noch ca. 50 % ihres Energiebedarfs über Speisen aufnehmen.

1. Gesamtenergiebedarf 1620 kcal / Tag: 54kg x 30kcal/kg Körpergewicht/Tag
2. orale Nahrungsaufnahme 810kcal: 1620kcal x 50 %
3. Energiedefizit: 1620kcal – 810kcal = 810 kcal

Um das Energiedefizit von 810 kcal auszugleichen, kann der Patientin die Empfehlung gegeben werden, ergänzend zur normalen Ernährung täglich z.B. zwei Flaschen einer hochkalorischen Trinknahrung (à 400 kcal / 200ml Flasche) zu trinken.

Verordnungsfähigkeit

Vollbilanzierte Trink- und Sondennahrungen sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung ordnungsfähig, wenn alle Maßnahmen zur Steigerung der oralen Nahrungsaufnahme ausgeschöpft sind (Arzneimittel-Richtlinie 2008/2009). Teilbilanzierte Produkte sind nur ordnungsfähig, wenn bestimmte Indikationen vorliegen, beispielsweise eingeschränkte Verdauungs- und Resorptionsleistung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Kurzdarmsyndrom.

Trinknahrung

Um eine gute Akzeptanz zu erreichen, ist es zum einen erforderlich, den Patienten

zu erklären, warum die Einnahme einer Trinknahrung für sie notwendig ist und welchen Nutzen sie davon haben. Zum anderen ist es unerlässlich, ein geeignetes Produkt zu finden, das in Geschmack sowie Konsistenz den Patienten entgegenkommt und gut bekömmlich ist. Da ist es von Vorteil, wenn die Patienten zunächst die Möglichkeit haben, geeignete Produkte in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen und ggf. von unterschiedlichen Herstellern zu testen, bevor ihnen ein Produkt verordnet wird. Trinknahrung wird meist in süßen Varianten (Erdbeere, Banane, Schokolade, Vanille etc.) angeboten. Einige Hersteller haben auch neutrale und herzhaft Geschmacksrichtungen im Sortiment. Je höher der Energiegehalt, umso sämiger können die Produkte in ihrer Konsistenz sein. Für Patienten mit Schluckstörungen wird Trinknahrung auch in cremiger oder puddingartiger Konsistenz angeboten.

Folgende Einnahmehinweise sollen mit den Patienten besprochen werden:

- Am ersten Tag sollte mit einer kleinen Menge Trinknahrung (z.B. eine halbe Flasche) begonnen werden. Vor allem nach Phasen der Nahrungskarenz oder geringer Nahrungsaufnahme muss sich der Verdauungstrakt zunächst an die hohe Nährstoffdichte gewöhnen. Bei guter Bekömmlichkeit kann die Menge in den folgenden Tagen schrittweise gesteigert werden.
- Trinknahrung sollte langsam und schluckweise eingenommen werden. Schnelles Trinken großer Mengen kann evtl. zu Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall führen.
- Da Trinknahrung aufgrund ihres hohen Energiegehalts sehr sättigend

- wirkt, sollte sie erst nach den Mahlzeiten eingenommen werden. Trinknahrung eignet sich gut als Zwischen- oder Spätmahlzeit.
- Viele Patienten mögen Trinknahrung leicht gekühlt (Kühlschrank). Sie kann aber auch erwärmt (nicht gekocht) oder zu Eis tiefgefroren werden.
 - Trinknahrung kann direkt aus der Verpackung getrunken werden, meist ist ein Trinkhalm beigefügt. Viele Patienten finden es angenehmer, aus einem Glas oder einer Tasse zu trinken.
 - Trinknahrung ist verzehrfertig und kann pur getrunken werden. Um den Geschmack individuell anzupassen, können die Produkte auch mit Gewürzen, Aromen und Fruchtpüree verfeinert oder in Speisen wie Joghurt, Quark, Pudding oder Breie (süße/ fruchtige Geschmacksrichtungen) sowie Cremesuppen, Soßen oder Püree (neutrale / herzhafte Geschmacksrichtungen) eingearbeitet werden. Hierfür stellen die Hersteller auch eine Vielzahl an Rezeptideen zur Verfügung. Einige Beispiele zur Verarbeitung von Trinknahrung in Speisen und Getränken werden in Tabelle 3 gezeigt.
 - Angebrochene Trinknahrungsflaschen müssen im Kühlschrank aufbewahrt und innerhalb von 24 Stunden aufgebraucht werden.

Sondennahrung

Eine ausführliche Beratung und Schulung der Patienten und Angehörigen im Umgang mit Ernährungs sonden hilft, Ängste und Bedenken abzubauen, Fehler und Komplikationen zu vermeiden und kann die Akzeptanz und damit auch den Behandlungserfolg erheblich verbessern. Wichtige Beratungsinhalte sind:

- Verbandswechsel
- Mobilisierung der Sonde
- Hygiene
- Anzeichen von Entzündungen und Infektionen erkennen
- Verabreichung von Sondennahrung, Flüssigkeit und ggf. Medikamenten über die Sonde
- Mund- und Zahnpflege

Für die Auswahl der geeigneten Sondennahrung ist neben der Erkrankung und Stoffwechsellage auch die Kenntnis der Sondenlage erforderlich. Bei Sondenlage im Magen (gastral) oder im Zwölffingerdarm (duodenal) können normo- und hochkalorische Produkte, vorzugsweise mit Ballaststoffen, verabreicht werden. Bei Sondenlage im Dünndarm (jejunal) sind normokalorische, ggf. niedermolekulare Sondennahrungen mit löslichen Ballaststoffen und mittelkettigen Triglyceriden (MCT) im Fettanteil zu bevorzugen.

Um eine gute Verträglichkeit der Sondennahrung zu erreichen, ist insbesondere nach Phasen längerer Nahrungskarenz oder unzureichender Nahrungsaufnahme ein langsamer Aufbau der Nahrungsmenge erforderlich (Tabelle 4). Dabei sollte mit einer normokalorischen Sondennahrung, einem kleinen Volumen und langsamer Applikationsgeschwindigkeit begonnen werden. Bei guter Verträglichkeit können dann sowohl Volumen als auch Applikationsgeschwindigkeit täglich bis zum Erreichen des Energie- und Nährstoffbedarfs gesteigert werden. Der Bedarf an Sondennahrung richtet sich, wie bereits unter dem Abschnitt Trinknahrung besprochen, nach dem individuellen Gesamtenergiebedarf und der aktuellen Nahrungsaufnahme. Sondennahrung kann ergänzend zur oralen Ernährung oder ausschließlich

bei fehlender Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme gegeben werden.

Empfehlungen zur Applikation von Sondennahrung:

- Sondennahrung sollte bei Raumtemperatur verabreicht werden. Angebrochene Verpackungen müssen im Kühlschrank aufbewahrt und innerhalb von 24 Stunden verbraucht werden.
- Es sollen nur industriell hergestellte Produkte verwendet werden. Von der Verwendung selbst hergestellter Suppen oder pürierter Speisen ist abzuraten, da sie die Sonde verstopfen können.
- Die Sonde soll vor und nach der Applikation von Sondennahrung mit 40 ml stillem Wasser gespült werden. Auch nicht benutzte Sonden sollen täglich einmal mit stillem Wasser gespült werden.
- Je nachdem wie viel der Patient noch trinken kann, kann eine zusätzliche Flüssigkeitsgabe über die Sonde erforderlich sein. Hierzu wird stilles Wasser aus Flaschen empfohlen. Die Wasserflasche soll nach Anbruch innerhalb von 24 Stunden verbraucht und nach jedem Gebrauch verschlossen werden. Tee und Säfte können zu Verfärbungen der Sonde führen bzw. durch die enthaltene Fruchtsäure das Sondenmaterial angreifen und werden daher nicht empfohlen.
- Die Flüssigkeitsgabe soll vor der Nahrung erfolgen. Für die Flüssigkeitsbilanz ist der Wassergehalt der Sondennahrungen zu berücksichtigen, der je nach Produktart bei ca. 70 – 85% liegt.
- Bei gastraler Sondenlage kann die Verabreichung der Sondennahrung per Schwerkraft oder Ernährungspumpe erfolgen. Bei duodenal oder jejunaler Sondenlage erfolgt die Verabreichung mittels Ernährungspumpe. Ziel ist eine möglichst kontinuierliche Zufuhr von Sondennahrung.
- Reagieren die Patienten auf die Sondennahrung mit Durchfall, so muss zunächst überprüft werden, ob die Sondennahrung zu schnell gegeben wurde oder die Temperatur zu niedrig war.
- Viele mobile Patienten erhalten die Sondennahrung im Sitzen. Bei bettlägerigen Patienten ist auf eine Hochlagerung des Oberkörpers um 30 Grad zu achten, um den Reflux (Magen-

Zusammenfassung

Krankheitsspezifische Mangelernährung ist ein häufiges Problem in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – und ein Risikofaktor für Komplikationen, Morbidität und Mortalität. Der Nutzen von Trink- und Sondennahrungen für Patienten, Pflegeheimbewohner und ältere Menschen zur Prävention und Behandlung krankheitsspezifischer Mangelernährung ist in Studien belegt. Trink- und Sondennahrungen (enterale Nahrung) unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung und Indikationen. Neben der Auswahl geeigneter Produkte ist insbesondere Information und Beratung der Patienten durch die Pflegekräfte erforderlich, um eine gute Akzeptanz zu erreichen.

Schlüsselwörter: *krankheitsspezifische Mangelernährung, Trinknahrung, Sondennahrung*

säure gelangt in die Speiseröhre) zu vermindern. Damit sich mobile Patienten auch bei sehr lange dauernder Sondenernährung bewegen können, können Rucksacksysteme eingesetzt werden.

- Patienten, die Arzneimittel nicht herunter schlucken können, erhalten diese ebenfalls über die Sonde. Wenn möglich, sollen Arzneimittel auf flüssige Darreichungsformen umgestellt werden. Bei Tabletten ist zu prüfen, ob sie gemörsert oder aufgelöst werden dürfen. Arzneimittel sollen jedoch nie gleichzeitig mit der Sondennahrung gegeben werden, da dies zum Ausflocken der Nahrung und Verstopfen der Sonde führen kann. Eine kritische Überprüfung der Indikation des jeweiligen Arzneimittels sollte erfolgen und nicht zielführende Therapien beendet werden.

Fazit

Trink- und Sondennahrungen unterscheiden sich in Zusammensetzung und Indikationen. Sie können eine sinnvolle Maßnahme zur Prävention und Behandlung bei Mangelernährung darstellen. Neben der Auswahl einer geeigneten Trink- und Sondennahrung ist vor allem die Information und Beratung der Patienten durch die Pflegekräfte eine wichtige Maßnahme, um eine regelmäßige Einnahme oder Verabreichung und damit eine gute Akzeptanz zu erreichen. <<



Literatur

Arends J., Bertz H., Bischoff S.C., Fietkau R., Herrmann H.J., Holm E. et al. (2015) S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Klinische Ernährung in der Onkologie. Aktuelle Ernährungsmedizin 40, S. 301-329.

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2015) Diätverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. April 2005 (BGBl. I S. 1161), die zuletzt durch Artikel 60 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist. http://www.gesetze-im-internet.de/di_tv/BJNR004150963.html. Zugriff am 29. August 2016.

Harris J., Benedict F. (1918) A biometric study of human basal metabolism. Proceedings of the National Academy of Sciences USA 4 (12), S. 370-373.

Iserning E.A., Capra S., Bauer J.D. (2004) Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. British Journal of Cancer 91 (3), S. 447-452.

Milne A.C., Potter J., Vivanti A., Avenell A. (2009) Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database of Systematic Reviews, http://www.cochrane.org/CD003288/EN-DOC_protein-and-energy-supplementation-in-elderly-people-at-risk-from-malnutrition. Zugriff am 29. August 2016.

Norman K., Pichard C., Lochs H., Pirlich M. (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition 27, S. 5-15.

Oehmichen F., Ballmer P.E., Druml C., Junek R., Kolb C., Körner U. et al. (2013) Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der Künstlichen Ernährung. Aktuelle Ernährungsmedizin 38, S. 112-117.

Pauly L., Stehle P., Volkert D. (2007) Nutritional situation of elderly nursing home residents. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40, S. 3-12.

Pirlich M., Schütz T., Norman K., Gastell S., Lübke H.J., Bischoff S.C. et al. (2006) The German hospital malnutrition study. Clinical Nutrition 25 (4), S. 563-572.

Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Marques Vidal P., Camilo M.E. (2005a) Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Head & Neck 27 (8), S. 659-668.

Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Vidal P.M., Camilo M.E. (2005b) Dietary counseling improves patient outcome: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. Journal of Clinical Oncology 23 (7), S. 1431-1438.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2009) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der

vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 Nr. 49a, zuletzt geändert am 2. Juni 2016, veröffentlicht BAnz AT 12.08.2016 B1, in Kraft getreten am 13. August 2016. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/>, Zugriff am 31. August 2016.

Stratton R. & Elia M. (2007) A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. Clinical Nutrition Supplements 2, S. 5-23.

Volkert D., Bauer J.M., Frühwald T., Gehrke I., Lechleitner M., Lenzen-Großimlinghaus R. et al. (2013) Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Klinische Ernährung in der Geriatrie. Aktuelle Ernährungsmedizin 38, S. e1-e48.

Autorenkontakt:

Dipl. oec. troph. Sabine Marienfeld, Ernährungswissenschaftlerin am Universitätsklinikum Frankfurt, Medizinische Klinik 1, Schwerpunkt Ernährungsmedizin
Kontakt: Sabine.Marienfeld@kgu.de

Dipl. Soziologin MA Christa Flerchinger, Krankenschwester, Leitung Abteilung Pflegeentwicklung am Universitätsklinikum Frankfurt
Kontakt: Christa.Flerchinger@kgu.de

Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Leitung Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt, Medizinische Klinik 1
Kontakt: Joerg.Bojunga@kgu.de

> Wohl oder Wille des Patienten?

Ethische und rechtliche Aspekte der Zwangsernährung

ANNE SCHÄFER

Zwangsernährung meint eine Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gegen den Willen des Betroffenen. Rechtlich ist sie nur unter den gesetzlich bestimmten Voraussetzungen zulässig, wobei zwischen verschiedenen Fallkonstellationen zu unterscheiden ist. Pflegekräfte begegnen den Fällen von Mangelernährung etwa im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in Spezialkrankenhäusern. Ausgehend von den pflegerischen Herausforderungen eines gesundheits- oder lebensgefährdenden Ernährungszustands stellt sich für Pflegekräfte die Frage, wie sie sich im jeweiligen Fall verhalten sollen.



Foto: sudok1/Fotolia

Die Zwangsernährung ist aus pflegewissenschaftlicher Perspektive immer nur der letzte Schritt am Ende eines häufig längeren Entwicklungsprozesses – wenn nämlich alle anderen Maßnahmen nicht greifen. Pflegekräfte sind in diesen Prozess vielfältig eingebunden. Abgesehen von Extremfällen – wie bei der Aufnahme von Patienten mit Anorexia nervosa (Magersucht) in einem gesundheits- oder lebensgefährlichen Ernährungszustand – werden Pfleger häufig als erste mit Ernährungsproblemen von Patienten konfrontiert. Verweigern Patienten die Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme, kann dies vielfältige Ursachen haben.

Medizinische Ursachen für Nahrungsverweigerungen

Für Nahrungsverweigerung kann es medizinische Gründe geben, etwa eine bisher nicht erkannte Schluckstörung oder Schmerzen beim Essen durch Entzündungen des Mundraums. Ebenso in Betracht kommen soziale Gründe, wie z.B. eine Ablehnung des Umfeldes oder einer medizinischen Maßnahme überhaupt. Diese Fallgruppen sind in der Praxis in der Regel unproblematisch, solange die Ursachen für die Nahrungsverweigerung abgeklärt und beseitigt werden können.

Schwieriger kann sich die Situation bei der Versorgung demenziell erkrankter Menschen darstellen. In dieser Patientengruppe findet sich eine große Bandbreite an Demenzformen. Die Erkrankten durchlaufen unterschiedliche Stadien und sind sehr uneinheitlich. Demente Menschen interpretieren die Realität in der Regel fehl, was als eines ihrer Hauptsymptome gilt (Elsbernd & Stolz 2008). Daher sind Pflegekräfte besonders gefordert, Demenzkranke flexibel und entsprechend einer pflegewissenschaftlich professionellen Pflegekonzeption zu behandeln – und ihren Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Nahrungsverweigerung zu begegnen.

Nahrungsverweigerung im Alter

Eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen, kann in Alten- und Pflegeheimen sowie in der häuslichen Pflege auch dann ein Thema sein, wenn Patienten bzw. Bewohner nicht demenziell erkrankt sind. Gerade bei älteren Menschen zeigen sich häufig Appetitlosigkeit und ein nachlassendes Durstgefühl. Hier können Pflegekräfte mit Fürsorge gefragt sein. Sie sollten anbieten, anreizen sowie aktivieren (z.B. durch Bewegung). Auch hier müssen sie teilweise höchst individuelle Lösungen für die Patienten finden.

In allen bisher geschilderten Fällen ist die intensive Beobachtung und professionelle Interaktion mit den Betroffenen für deren Gesundheits- und Lebensschutz wichtig. Meist entwickeln sich Gesundheitsgefahren infolge von Ernährungs- und Flüssigkeitsmangel

über einen längeren Zeitraum. Es zählt zu den Grundaufgaben der Pflege, solche Situationen frühzeitig zu erkennen, pflegerisch einzugreifen und so Zuspitzungen zu vermeiden.

Pflegerische und rechtliche Problemfälle

Wie aber sollen Pflegekräfte mit dem bewussten Verzicht eines Menschen auf Nahrung und Flüssigkeit umgehen, wenn dieser sein Leben gezielt so beenden möchte? Hier stellt sich für sie zuweilen die Frage, ob eine Zwangsernährung eingeleitet werden muss und ob diese zulässig ist. Nachfolgend seien hier ausgewählte Beispiele in ihrer ethisch-medizinischen und pflegerischen Problematik sowie in einigen rechtlichen Grundlinien dargestellt.

Zwangsernährung bei Anorexie

Essstörungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter (vgl. Robert Koch Institut 2015, S. 118). Anorexia nervosa (Magersucht) betrifft dabei zumeist Frauen, bei denen zuweilen weitere psychische Erkrankungen vorliegen. Rechtlich liegt die Einleitung einer Zwangsernährung für Patienten mit Anorexie, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, in der Verantwortung des Arztes, wenn bei einem Untergewicht Lebensgefahr besteht. So nimmt das Oberlandesgericht München bei Unterschreiten des Body-Maß-Index von 13 eine absolute Lebensgefahr an (vgl. OLG München, Urteil vom 8.7.2004, Az.: 1 U 3882/03, juris Rn. 89). Ohne eine Zwangsernährung bestehe die Gefahr, dass die Patientin in einen „nicht mehr umkehrbaren Mangelzustand“ (OLG München, Urteil vom 8.7.2004, Az.: 1 U 3882/03, juris Rn. 90) gerät. In dem entschiedenen Fall war es aufgrund einer unterlassenen Zwangsernährung – dies wertete das Gericht als groben Behandlungsfehler – zu einer schweren Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel gekommen (apallisches Syndrom). Die Patientin wurde zum Langzeitpflegefall, und im Arzthaftungsprozess wurde ihr ein Schmerzensgeld in Höhe von 200.000 Euro zugesprochen.

Ein Fallbeispiel

Welche ethisch-medizinische Problematik mit der Entscheidung für oder gegen eine Zwangsernährung verbunden sein kann, lässt sich an einem anderen Fall

aus der Praxis aufzeigen (Fallschilderung aus Ethik Med 2010, S. 131 f.). Die volljährige anorektische Patientin wurde nach insgesamt 10 Klinikaufenthalten in eine weitere Klinik eingeliefert. In der Vergangenheit war sie u.a. in drei Spezialkliniken behandelt worden, in denen sie teilweise – auch mit ihrer Einwilligung – wegen akuter Lebensgefahr künstlich ernährt worden war.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik wog die Patientin nur noch 24 Kilo, ihr BMI lag bei 9,5kg/m². Eine akute Lebensgefahr durch Untergewicht bestand nicht, die Ärzte konnten aber auch keine Gewichtszunahme erreichen. Die Patientin verlangte, auf eine Palliativstation verlegt zu werden. Sie wollte unter keinen Umständen mehr zum Essen gezwungen werden und „endlich mal ihre Ruhe haben, selbst wenn sie dafür den Tod in Kauf nehmen müsse“ (Ethik Med 2010, S.132).

Die zuständigen Psychiater hielten sie, bezogen auf die Entscheidung zum Behandlungsabbruch, für einsichts- und urteilsfähig, was auch von einem externen psychiatrischen Gutachter bestätigt wurde. Allerdings bestanden aufgrund einer weiterhin vorliegenden Depression und einer Zwangsstörung der Patientin auch Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Patientin.

Das Pflegepersonal hielt die Patientin für eine „Meisterin der Manipulation“. Ihr „Wunsch, die Behandlung abzubrechen, sei schlicht die Auswirkung der Magersucht, und es wäre nicht richtig, diesem Wunsch nachzugeben“ (Ethik Med 2010, S.132). Allerdings würde das Behandlungsteam durch die Verlegung entlastet, da die Patientin „sehr anstrengend“ war und Ressourcen beanspruchte, die Verlegung würde also Zeit und Energie für andere Patientinnen und Patienten schaffen.

Die Eltern wünschten eine Weiterbehandlung, zur Not eine Zwangsbehandlung. Die Patientin – so ihr Argument – sei bei höherem Körpergewicht weniger depressiv und würde eine bessere Therapieadhärenz zeigen. Bisher hatte sich die Patientin an Absprachen konsequent nicht gehalten und eine zunächst gegebene Einwilligung für eine Sedierung und eine Ernährung auf einer Überwachungsstation zurückgezogen.

Ethische Prinzipien

Dieser Fall macht für volljährige Patienten mit psychischen Grundliden die

ethischen und rechtlichen Grundfragen deutlich, die mit jeder Entscheidung für oder gegen eine Zwangsernährung verbunden sind.

Erkennt die Patientin trotz der psychischen Erkrankung die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme? Entspricht der Wunsch nach der Verlegung auf eine Palliativstation (und damit nach einem Behandlungsabbruch) tatsächlich ihrem freien selbstbestimmten Willen? Oder fehlt bei ihr krankheitsbedingt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit – mit der Folge, dass die gewünschte Verlegung abgelehnt werden sollte? Müsste die Ernährung dann gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Lebensgefahr besteht, auch gegen den Willen der Patientin durchgeführt werden?

Mediziner, Pflegekräfte und Juristen müssen in der Fallbesprechung mehrere ethische Prinzipien abwägen. Während das Fürsorgeprinzip schon aufgrund der erhöhten Mortalität bei Anorexie für eine Zwangsernährung zu sprechen scheint, kann für den Behandlungsabbruch das Autonomieprinzip angeführt werden. Auch Gerechtigkeitsaspekte – wie die Bindung von Ressourcen durch die Patientin, die bei anderen Patienten fehlen – werden mitbedacht (Wild & Krones 2010).

Ob die Anorexie bei entsprechendem Schweregrad tatsächlich stets die freie Willensbestimmung ausschließt, wie dies in dem ersten Fall das OLG München angenommen hatte, wird unterschiedlich bewertet. Auch darüber, ob eine damit verbundene Zwangsbehandlung die medizinisch-ethisch indizierte Maßnahme ist, herrscht unter Experten keine Einigkeit.

Fraglich bleibt zudem, ob bei psychosomatisch-psychiatrischen Erkrankungen, die unheilbar und mit einer dauerhaft schlechten Lebensqualität verbunden sein können, der Wunsch nach einem Behandlungsabbruch in bestimmten Fällen nicht als eine wohlabgewogene Entscheidung zu bewerten ist (Wild & Krones 2010; Schmitz & Ernst 2010). Dabei müssen im jeweiligen Einzelfall auch die Risiken einer Zwangsernährung einbezogen werden. Im konkreten Fall sind dies der Vertrauensverlust zum medizinischen Team und die erhöhte Komorbidität sowie der bisherige schwere Krankheitsverlauf der Patientin (Schmitz & Ernst 2010). In der medizinischen Fachliteratur wird die Frage nach der Einsichts- und Urteilsfähigkeit

solcher Patienten durchaus unterschiedlich behandelt (Wild & Krones 2010), sodass es medizinisch-ethisch auf den jeweiligen Einzelfall ankommt.

Rechtliche Aspekte

Nichts anderes gilt in rechtlicher Hinsicht: Verliert die Patientin weiter an Gewicht mit der Folge einer Lebensgefahr, werden die behandelnden Ärzte eine Zwangsernährung geordert, schon aus haftungsrechtlichen Gründen einleiten wollen, wie die Entscheidung des OLG München nahelegt. Wird ein volljähriger Patient als krankheitsbedingt nicht einsichts- und urteilsfähig und daher als nicht einwilligungsfähig bewertet, muss für ihn ein Betreuer bestellt werden. Für die Anordnung der Zwangsernährung sind dann die Vorgaben der jüngsten Bundesverfassungsgerichtsentscheidung zur Zwangsbehandlung zu beachten (BVerfG, Beschluss vom 26.7.2016 – 1 BvL 8/15).

Staatliche Schutzpflicht

Sind krankheitsbedingt nicht einsichts- und urteilsfähige Patienten nicht in geschlossenen Stationen untergebracht, können oder wollen sich aber aus einer stationären Behandlung (z.B. aufgrund des schlechten Allgemeinzustands) nicht wegbewegen, gebietet die aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG folgende Schutzpflicht des Staates einen gesteigerten Schutzbedarf gegenüber derart hilfebedürftigen Personen.

Diese Schutzpflicht überwiegt im Verhältnis zum Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen und dessen körperlicher Integrität bei erheblichen Gesundheitsgefährdungen, wenn mit der zur

„Abwehr der Gefahr notwendigen medizinischen Maßnahme keine besonderen Behandlungsrisiken einher[gehen] und ... es auch keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür gibt, dass gerade die Behandlungsverweigerung dem ursprünglichen freien Willen des Betreuten entspricht“ (BVerfG, Beschluss vom 26.7.2016 – 1 BvL 8/15, juris Rn. 80).

Das Bundesverfassungsgericht sieht dann die staatliche Schutzpflicht als „vorgezeichnet“ an. In diesem Fall steht das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen hinter der staatlichen Schutzpflicht aus dem Grundrecht auf körperliche Integrität zurück (BVerfG, Beschluss vom 26.7.2016 – 1 BvL 8/15, juris Rn. 80).

Eine ärztliche Behandlung muss dann unter strengen Voraussetzungen als letztes Mittel auch gegen den natürlichen Willen des Patienten gesetzlich vorgesehen sein. Da solche Voraussetzungen bisher nur für die geschlossene Unterbringung definiert sind, hat das Gericht den Gesetzgeber nun aufgefordert, diese Lücke für den stationären Bereich außerhalb einer geschlossenen Unterbringung zu schließen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 26.7.2016 – 1 BvL 8/15). Für den ambulanten Bereich gilt, wie das Gericht ausdrücklich hervorgehoben hat, die Entscheidung nicht.

Zusammenfassend lässt sich für die Fallgruppe also festhalten, dass nicht nur der Ermittlung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zentrale Bedeutung zukommt, sondern auch die Behandlungsrisiken bzw. der mögliche Therapieerfolg rechtlich für oder gegen eine Zwangsbehandlung den Ausschlag geben können. Beobachtungen und Einschätzungen der Pflegekräfte können dafür wichtige Anhaltspunkte geben.

Künstliche Ernährung und Demenz

Die Versorgung demenziell erkrankter Patienten bringt wiederum andere medizinische, pflegerische und rechtliche Problematiken mit sich (ausführlich Elsbernd & Stolz 2008; Wunder 2008). So kann sich bei einem Patienten mit fortgeschrittener Demenz, der bei der klinischen Untersuchung deutliche Zeichen einer Austrocknung (Exsikkose) zeigt und einen erhöhten Muskeltonus aufweist, die Frage stellen, ob mit dem Legen einer PEG-Sonde tatsächlich noch Therapieziele erreicht werden können, die unter Einbezug aller ethischer und medizinischer Aspekte des Einzelfalls noch für den Patienten erstrebenswert sind (vgl. zu verschiedenen ethischen Aspekten Jox & Marckmann 2011, S. 137 f.). Ist der Patient nicht mehr in der Lage, die Tragweite der Entscheidung abzuschätzen und zeigt er „bei Pflegemaßnahmen eindeutige Gegenwehr und Ablehnung [...] durch Wegdrehen, Abwehren der Hände, Zupressen des Mundes und murrendes Stöhnen“ (so in einem Praxisfall in Ethik Med 2011, S. 135), sind auch die Pflegekräfte gefragt. Stellt sich heraus, dass sich die Ablehnung nur auf eine bestimmte Pflegekraft bezieht oder der Patient zum Ausdruck bringt, dass ihm das Essen nicht schmeckt oder Schmerzen auftreten, können Pfleger meist helfen. Bestimmte Formen der Demenz können aber auch mit Halluzinationen und Wahngedanken einhergehen, die für die Therapieentscheidung eine Rolle spielen – auch dies sollten Pfleger wissen. Hier ist eine Abstimmung im Team wichtig.

Rechtliches Prüfprogramm

Rechtlich ist für solche Fälle ein klares Prüfprogramm vorgegeben. Zu unterscheiden ist zwischen einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Patienten. Ist der Patient einwilligungsfähig, darf gegen seinen ausdrücklichen Willen keine Ernährung durchgeführt werden. Ist er dagegen einwilligungsunfähig, wird ein Bevollmächtigter oder ein gerichtlich bestellter Betreuer tätig. Dieser ist an eine Patientenverfügung gebunden, wenn sie den Bestimmungen nach §1901a Abs. 1 BGB entspricht. Die Patientenverfügung ist die Vorausverfügung eines Volljährigen für den Fall der zukünftigen Einwilligungsunfähigkeit. Hat der Patient in ihr hinreichend bestimmte Verfügungen für die Ernährung (z.B. das Legen einer PEG-Sonde oder den

Zusammenfassung

Zwangsernährung ist ein Rechtsbegriff, der vielfältige Fallkonstellationen umfasst. Sie können durch komplexe pflegerische Herausforderungen und ethisch-medizinische Abwägungen geprägt sein. Dazu gehören beispielsweise Fälle der Nahrungsverweigerung bei Magersucht und anderen psychiatrischen Erkrankungen oder bei Demenz in verschiedenen Stadien. Rechtlich ist die Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen der Dreh- und Angelpunkt dafür, ob das Selbstbestimmungsrecht oder die staatliche Schutzpflicht für das Leben und die Gesundheit überwiegt. Je nach Fallkonstellation entscheidet der Wille des Patienten oder das objektive Wohl für oder gegen die Zwangsernährung.

Schlüsselwörter: *Zwangsernährung, Zwangsbehandlung, Selbstbestimmung*

Verzicht darauf) getroffen und sind diese auf die aktuelle Situation anwendbar, so gilt diese Verfügung. Patientenverfügungen binden Ärzte und Pflegekräfte gleichermaßen, ändern aber nichts an der Verpflichtung zur Basispflege.

Fehlt eine Patientenverfügung oder genügt sie nicht den gesetzlichen Bestimmungen, ist der mutmaßliche Wille aufgrund konkreter Anhaltspunkte (frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen, sonstige persönliche Wertvorstellungen) zu ermitteln (§ 1901a Abs. 2 BGB). Der Betreuer oder der Bevollmächtigte muss diesen befolgen. In beiden Fällen – mit und ohne Patientenverfügung – gilt, dass das Vorgehen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung ist (vgl. § 1901a Abs. 3 BGB). Eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ist nur bei einem Dissens zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und Arzt einzuholen (§ 1904 Abs. 4 BGB).

Zwangsernährung in Einrichtungen der Unterbringung

Ein anderes Rechtsregime ist für die Zwangsernährung in der stationären Unterbringung und im Maßregelvollzug anzuwenden. Maßregeln sind keine Strafen, sondern dienen der Besserung und Sicherung des Täters. Zu ihnen zählen u.a. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt. Eine solche Maßregel darf nach dem Strafgesetzbuch nur angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der vom Täter ausgehenden Gefahr nicht im Missverhältnis steht. Dies geschieht durch strafrichterliches Urteil.

In den verschiedenen Bundesländern existieren Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze und Maßregelvollzugsgesetze, die Spezialregelungen für die Zwangsernährung beinhalten können. Die Rechtmäßigkeit einer Zwangsernährung richtet sich im Maßregelvollzug ausschließlich nach den für diesen Bereich erlassenen landesrechtlichen Spezialgesetzen. Sie kann nicht durch einen Betreuer veranlasst werden. Für Unterbringungen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und anderen Einrichtungen (wie z.B. psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) außerhalb des Maßregelvollzugs gelten Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze.

Teilweise – wie z.B. in Bremen – regelt der Landesgesetzgeber die Unterbringung und den Maßregelvollzug aber auch in ein- und demselben Gesetz (Bremen: Psychische-Krankheitengesetz – PsychKG). In einem solchen Fall muss für die Rechtsgrundlage einer Zwangsernährung zwischen der Unterbringung innerhalb und außerhalb des Maßregelvollzugs unterschieden werden.

Für ärztliche Behandlungen, zu denen auch die Ernährung gegen den Willen des einsichts- und urteilsunfähigen Betroffenen gehören kann, ordnen die einschlägigen Landesgesetze zum Teil die Genehmigung des Betreuungsgerichts an. So ist es auch in Bremen.

Anders sind die Unterbringungen in Thüringen geregelt. Dort ist die Ernährung gegen den Willen des Patienten zulässig, wenn dies zur Abwendung der Lebens- oder Gesundheitsgefahr erforderlich ist. Sie muss auf Anordnung und unter Leitung des Arztes durchgeführt werden (vgl. § 12 Abs. 5 und Abs. 6 Thüringer PsychKG). Pflegekräfte müssen jedenfalls Erste Hilfe einleiten, wenn ärztliche Behandlung nicht rechtzeitig erreichbar oder mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist (§ 12 Abs. 6 ThürPsychKG).

Zwangsernährung im Maßregelvollzug

Die Vorgaben für den Maßregelvollzug obliegen den Bundesländern und sind dementsprechend unterschiedlich ausgestaltet. Dies zeigt sich auch bei den Voraussetzungen für die Zwangsernährung. Einige Bundesländer haben die Regelungen für medizinische Zwangsbehandlungen, die auch Vorgaben für die Zwangsernährung enthalten, nach mehreren Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zum Maßregelvollzug in den Jahren 2011 und 2013 angepasst.

Das Gericht hatte die Regelungen in Rheinland-Pfalz, Sachsen und Baden-Württemberg für unvereinbar mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz) und somit für nichtig erklärt (vgl. BVerfG, NJW 2011, 2113; BVerfG NJW 2011, 3571; BVerfG, NJW 2013, 2337). Soweit die Maßstäbe des Bundesverfassungsgerichts für eine grundrechtskonforme Regelung der medizinischen Zwangsbehandlung in die Unterbringungs-, Psychisch-Kranken- und Maßregelvollzugsgesetze der Bundesländer eingefügt

wurden, zeichnen sich die reformierten Vorschriften durch eine größere Detailliertheit aus. So gibt § 7a Maßregelvollzug Hessen u.a. vor, dass eine Zwangsernährung nur angeordnet werden darf, wenn erfolglos versucht wurde, die Zustimmung des Untergebrachten zur Ernährung zu erhalten, die Anordnung angeündigt und der Betroffene vom Arzt über Art, Dauer und Umfang aufgeklärt wurde. Die vom Arzt einzuleitende Maßnahme muss von ihm überwacht werden. Zudem schreibt § 7a Abs. 4 vor, dass die Gründe für die Anordnung ebenso zu dokumentieren sind wie das Vorliegen der Voraussetzungen, die Maßnahme einschließlich ihres Zwangscharakters, die Durchsetzungsweise, die Wirkungsüberwachung sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf. <<



Literatur

Elsbernd A. & Stolz K., (2008) Zwangsbehandlung und Zwangsernährung in der stationären Altenhilfe? Pflegewissenschaftliche und rechtliche Aspekte. *Betreuungsrechtliche Praxis* 2, S. 57-63.

Jox R.J. & Marckmann G. (2011) Kommentar I zum Fall: „Verschiebung der Verantwortung am Lebensende“. *Ethik in der Medizin* 23, S. 137-138.

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitsberichterstattung.html>, Zugriff am 31. Oktober 2016.

Schmitz D. & Ernst, J.-Ph. (2010) Kommentar II zum Fall: „Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Ethik in der Medizin* 22, S. 135-136.

Wild V. & Krones T. (2010) Kommentar I zum Fall: „Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Ethik in der Medizin* 22, S. 133-134.

Wunder M. (2008) Demenz und Selbstbestimmung. *Ethik in der Medizin* 20, S. 17-25

Autorenkontakt:

Prof. Dr. iur. Anne Schäfer, M.A., Professorin für Sozial- und Gesundheitsrecht, Hochschule Fulda
Kontakt: anne.schaefer@sk.hs-fulda.de

> Unterstützung der Ernährung bei Menschen mit Demenz

Selbstständigkeit und Genuss fördern, statt Kalorien zählen

SILKE WERNER

Das Ernährungsverhalten älterer Menschen entwickelt sich über ein ganzes Leben. Nicht selten treten jedoch bei Menschen mit Demenz Ernährungsdefizite auf, weil sie nicht ausreichend essen. Welche Faktoren können die Nahrungsaufnahme von demenziell erkrankten Menschen beeinflussen und was können Pflegende diesbezüglich tun?



Foto: Kzenon/Fotolia

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“, heißt es. Ernährung bedeutet zunächst die Aufnahme von Nährstoffen und Flüssigkeit in den Körper. Nahrung und Flüssigkeit dienen dazu, unseren Körper am Leben zu erhalten. Essen und Trinken sind aber nicht nur Voraussetzungen zum Überleben, indem die nötige Energie zur Aufrechterhaltung der Körperfunktionen zugeführt wird, sondern sie erfüllen auch eine soziale Funktion.

Bedeutung von Essen und Trinken für Demenzpatienten

Geht es einem Menschen gut, dann hat er Appetit, Lust und Freude am Essen und somit auch am Leben. Essen und Trinken beeinflussen das Wohlbefinden

von Menschen mit Demenz maßgeblich und sind wichtige Bestandteile ihrer kulturellen und sozialen Identität.

Die Biografie verrät, welche Bedeutung der Mensch mit Demenz Essen und Trinken beigemessen hat. Nicht zuletzt dienen Mahlzeiten auch der Tagesstrukturierung und bieten die Möglichkeit, sich eine Pause zu gönnen, sich zu erholen und neue Kraft zu schöpfen. Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, die selbstständig essen und trinken, scheinen sich wohlzufühlen.

Problematisch wird es, wenn die Betroffenen mit Fortschreiten der Demenz nicht mehr ausreichend essen und trinken. Menschen mit Demenz gehören somit zur Risikogruppe für Mangel- und Unterernährung sowie für Dehydratation (Abnahme der Körperflüssigkeit).

Pflegende stehen dem Risiko der Mangel- und Unterernährung oftmals hilflos gegenüber – besonders das Thema „Nahrungsverweigerung“ stellt letztendlich auch einen ethischen Aspekt dar, denn niemand darf zum Essen und Trinken gezwungen werden.

Ein schlechter Ernährungszustand führt zu einem erhöhten Morbiditätsrisiko, funktionale und kognitive Fähigkeiten verschlechtern sich.

Doch wie kann man herausfinden, ob ein Mensch mit Demenz nicht mehr essen und trinken möchte oder ob er krankheitsbedingt dazu nicht mehr in der Lage ist?

Gefahr der Mangel- und Unterernährung erkennen

Die Risikofaktoren von Mangel- und Unterernährung sind vielfältig und erfordern eine gründliche Beurteilung bei gefährdeten bzw. betroffenen Menschen.

Der 7. Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009) „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ basiert auf den bis dahin durchgeführten Studien zur Häufigkeit von Mangelernährung in der geriatrischen Pflege. Ein „Ernährungsmanagement“ zielt darauf ab, bei jedem Patienten und Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sicherzustellen.

Mithilfe einer Ernährungsanamnese können sich Pflegende ein Bild vom Essverhalten des Patienten machen. Es stehen verschiedene Instrumente zur Einschätzung des Ernährungsverhaltens bei Menschen mit Demenz zur Verfügung.

Mit dem Aversive Feeding Behaviour Inventory können Pflegende die Nahrungsaufnahme einschätzen. Hierbei kommt es hauptsächlich auf die Beobachtung an, z.B.:

1. ob es sich bei dem Betroffenen um „ablehnendes Verhalten“ handelt,
2. ob kognitive Defizite, Verwirrtheit oder fehlende Konzentration vorliegen.

Mithilfe der Eating Behaviour Scale (EBS) können Pflegende ebenfalls das Essverhalten von Menschen mit Demenz beobachten und einschätzen, z.B.: Kann der Mensch mit Demenz

1. mit der Nahrungsaufnahme beginnen
2. sich darauf konzentrieren
3. Essen erkennen und lokalisieren
4. mit Besteck umgehen
5. Nahrung abbeißen, kauen und schlucken ohne zu würgen
6. Mahlzeiten beenden

Zur Erfassung des Ernährungszustandes älterer Menschen wurde das Mini Nutritional Assessment (MNA) entwickelt. Das MNA umfasst mehrere Bereiche der Ernährungssituation und ermöglicht somit, gefährdete bzw. mangelernährte Patienten frühzeitig zu erkennen.

Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

Pflegende müssen sicherstellen, dass Menschen mit Demenz ausreichend Nahrung zu sich nehmen. Sie sollten wissen, wie sie auf die Ernährung Einfluss nehmen können bzw. Menschen mit Demenz so unterstützen können, dass diese sich wohlfühlen und nicht unter den Folgen einer Mangel- oder Unterernährung oder Dehydratation leiden.

Die Selbstständigkeit sollte so lange wie möglich erhalten bzw. gefördert und durch den Gebrauch von Hilfsmitteln unterstützt werden.

Dennoch fällt es an Demenz erkrankten Menschen mit der Zeit immer schwerer, selbstständig zu essen und zu trinken. Manchmal genügt aber bereits ein kleiner Anstoß, und schon wird der altvertraute Mechanismus der Nahrungsaufnahme in Gang gesetzt. Kann der Betreffende kein Besteck mehr benutzen, sollten Nahrungsmittel angeboten werden, die sich einfach aus der Hand essen lassen, zum Beispiel Obst, belegte Brote, Gemüse-, Käse- und Wurststückchen.

Das Gefühl, Dinge kontrollieren zu können

Gemeinsame Mahlzeiten und das Gefühl, die Dinge zu kontrollieren, können sich günstig auf die Nahrungsaufnahme auswirken. Unter Umständen verschwinden nicht-organisch bedingte Probleme beim Kauen oder Schlucken, wenn die Betroffenen ihre Mahlzeiten selbst herrichten, sich ein Marmeladenbrot streichen oder Obst schälen. Voraussetzung dafür ist es, die Lebensgeschichte der Betroffenen zu kennen. Verbliebene Möglichkeiten sind zu nutzen, um das selbstständige Essen zu fördern, egal ob mit Hilfsmitteln oder als „Finger-Food“, ob am Tisch oder beim Herumwandern auf dem Flur – „Eat by Walking“ (Werner 2013).

Essgewohnheiten

Essgewohnheiten beeinflussen den Appetit und die Nahrungsmenge. Pflegende sind daher angehalten, die Essgewohnheiten der Patienten zu kennen und sie unbedingt zu respektieren. Lokale, biografisch orientierte Speisen sowie Lieblingsgerichte lassen die Mahlzeiten zu einem Ereignis werden. Besonders im fortgeschrittenen Stadium von Demenz ist es wichtig, dass Pflegende ernährungsbezogene Informationen besitzten.

Dabei sind große Ernährungsumstellungen nicht angezeigt. Sind Veränderungen aus gesundheitlicher Sicht unumgänglich, sollten sie schrittweise eingeführt werden und dennoch den Essgewohnheiten entsprechen. Entscheidend ist, dass Menschen mit Demenz Freude am Essen und Trinken verspüren und überhaupt Nahrung zu sich nehmen. Das bedeutet, lieber weniger Gesundes als gar nichts zu essen!

Konzentration auf die Mahlzeiten fördern

Eine angenehme Atmosphäre fördert die Konzentration auf die Mahlzeiten. Der Duft der Speisen und eine leise Unterhaltung mit dem Betroffenen können anregend sein und die Erinnerung an frühere Restaurantbesuche oder Mahlzeiten in der Familie wecken. Zu viel Stimulierung kann sich jedoch negativ auswirken. Die Person ist dann unkonzentriert oder verhält sich auffällig. Bei fortgeschrittener Demenz sind die Be-

troffenen überfordert, aus einer Vielzahl von angebotenen Lebensmitteln eine Wahl zu treffen. Es empfiehlt sich, den Tisch mit möglichst wenig Besteck (nur einem Löffel oder einer Gabel) zu decken. Andere Dinge, die ablenken könnten, sollten vermieden werden. Tischdecken und Geschirr mit unruhigem Muster sind ungeeignet. Wie Untersuchungen gezeigt haben, können ermutigende Gespräche, begleitet von leichten Berührungen am Arm oder an der Hand, Einfluss auf das Essverhalten haben (Sifton 2011).

Praxis-Tipps

1. Der Patient mit Demenz sollte am Tisch sitzen und möglichst viele bekannte Signale bekommen, z.B. familiäre Gestaltung (Tisch eindecken wie zu Hause), vertraute Anordnung des Geschirrs, bekannte Gerichte, Küchendüfte.
2. Dem Patienten sollte die ganze Aufmerksamkeit gewidmet werden, bei problematischem Essverhalten sollten Pflegepersonen ihm ruhig zusprechen (Unterhaltungen im Hintergrund und mit Kollegen lenken eher ab).
3. Speisen nacheinander servieren, jeweils nur ein Gericht vorsetzen. Sicherstellen, dass der Patient Brille, Zahnprothese, Hörgeräte angebracht hat. Auf eine aufrechte Sitzposition achten.
4. Pflegende sollte in Augenhöhe zum Patienten sitzen, am besten frontal zur Person oder etwas seitlich. Kleine, mundgerechte Portionen reichen, die groß genug sind, um zu fühlen, dass Essen im Mund ist. Verbale Anweisungen benutzen: deutlich das angebotene Essen beschreiben (besonders bei püriertem Essen).
5. Freundlicher, aber auch überzeugender Umgangston. Freundliche verbale Aufforderungen können hilfreich sein, wie: „Bitte den Mund aufmachen!“, „Bitte kauen!“, „Bitte schlucken!“. Das Berühren der Lippen mit der Nahrung kann einen nonverbalen Impuls zum Öffnen des Mundes geben. Indirekte Anregung zur Nahrungsaufnahme kann helfen, z.B.: „Das sieht aber lecker aus!“, „Das duftet aber lecker!“ oder „Da hat sich der Koch aber Mühe gegeben!“
6. Pflegende sollten nach Möglichkeit gemeinsam mit den Menschen mit Demenz am Tisch essen!

Beim Anreichen der Nahrung ist zu beachten (Sifton 2011):

1. Tempo an Patienten anpassen. Immer erklären, was man tun wird bzw. sensorischen Hinweis geben (mit der Hand berühren).
2. Trost und Sicherheit bieten, indem man leicht eine Hand hält, während man mit der anderen das Essen anreicht. Der Patient kann sich auch sicher und aktiver fühlen, wenn er einen Löffel in der Hand hält.
3. Stimulierung primitiver Reflexe vermeiden, falls sie aufgrund der Gehirnschädigungen auftreten (Greifreflex, Suchreflex, Zungenreflex).
4. Speisen vermeiden, die gut gekaut werden müssen (Nüsse, Gemüsestücke) sowie flüssige und feste Bestandteile aufweisen, z.B. Joghurt oder Dessert mit Früchten.

Ethische Aspekte

Der an Demenz erkrankte Mensch äußert im Laufe der Erkrankung irgendwann kein Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit mehr. Essen und Trinken werden abgelehnt: Er öffnet nicht den Mund, behält keine Nahrung im Mund, kaut nicht, schluckt nicht, läuft während der Mahlzeiten vom Tisch weg oder reagiert mit herausforderndem Verhalten auf die Bemühungen der Pflegekräfte. Diese stehen dann genauso wie Experten vor einem unlösbaren Dilemma – schließlich darf ja niemand verhungern. Die einen stellen den Verlust der Fähigkeit zu essen und zu trinken als eine natürliche Folge der Demenzerkrankung dar. Andere glauben, dass der Patient eben nicht mehr adäquat verbal ausdrücken kann, dass er nicht mehr essen und trinken möchte. Für andere ist dieser Verlust die Folge des Krankheitsbildes Demenz, und sie sehen sich aus ethischer Sicht verpflichtet, Hilfe zur Ernährung zu leis-

ten (Kolb 2009). In der Praxis ist dies eine sehr schwierige Situation. Die Unsicherheit Pflegender resultiert aus ihrer Einstellung, ihrer persönlichen ethischen Grundhaltung, der Kultur der Institution sowie fehlenden Kenntnissen über die rechtliche Situation (Kolb 2009).

In bereits vorliegenden Konzepten zum Ernährungsmanagement in Pflegeeinrichtungen geht es hauptsächlich nicht um die Berechnung des Kalorienbedarfs, sondern um das Wohlbefinden des Patienten. Ein gutes Ernährungsmanagement orientiert sich an der Lebenswelt von Menschen mit Demenz. Im Vordergrund stehen dabei der Genuss und soziale Aspekte von gemeinsamen Mahlzeiten. Die Frage, die sich häufig in der Praxis stellt, lautet: Was tun, wenn der Mensch mit Demenz trotz Berücksichtigung aller oben genannter Aspekte und Maßnahmen den Mund nicht öffnet, nicht mehr kaut und schluckt, wenn Hilfe und Unterstützung offensichtlich abgelehnt werden oder erfolglos sind? Dann ist es an der Zeit, dass alle Beteiligten eine gemeinsame Entscheidung treffen. Vielleicht möchte die Person nur noch ab und zu „das schmecken, was sie immer am liebsten gegessen hat“, oder sie möchte einfach nur, „dass jemand bei ihr ist, Musik vorspielt, die Hand hält und sie auch einmal in den Arm nimmt“ (Kolb 2004, S. 82).

Ernährung per PEG

Sobald jemand nicht mehr ausreichend feste Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt, denkt man nicht selten daran, dieses Dilemma mit einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) zu lösen. Dabei wird endoskopisch von außen ein künstlicher Zugang zum Magen gelegt, über den der Patient versorgt werden kann. Grundsätzlich liegt die Entscheidung letztlich beim Betroffe-

nen selbst, wobei rechtzeitig Vorsorge getroffen werden sollte (Deutscher Ethikrat 2012; DalzG 2012).

Es ist wichtig, dass Pflegende Grenzen erkennen, z.B. wenn bestimmte Maßnahmen keinen positiven Effekt mehr haben und eher be- statt entlasten. Sie sollten bedenken, dass das wiederholte Aufdrängen von Nahrung den Bedürfnissen des Betroffenen entgegenstehen kann. Die Person mit Demenz sollte niemals das Gefühl haben, bedrängt zu werden. Es gilt „Genuss statt muss“! <<



Literatur

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALzG) (2012) Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz. <https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen-Patientenverfuegung-20120213.pdf>, Zugriff am 16. Oktober 2016

Deutscher Ethikrat (2012) Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme. <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>, Zugriff am 16. Oktober 2016

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2009) Nationaler Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“, https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_Auszug.pdf, Zugriff am 16. Oktober 2016

Kolb C. (2004) Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde – ja oder nein? 5. Aufl. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Kolb C. (2009) Nahrungsverweigerung bei an Demenz erkrankten Menschen: Im Dilemma von Fürsorge und Autonomie. Pflegezeitschrift 62 (2), S. 72–75.

Sifton B.C. (2011) Das Demenzbuch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. 2. Aufl. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

Werner S. (2013) Praxishandbuch Demenzbegleitung. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

Zusammenfassung

Die Ernährungssituation von Menschen mit Demenz stellt nicht selten ein Problem dar. Besonders im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, wenn die Patienten Nahrung und Flüssigkeit ablehnen, kann es zu schwierigen Situationen kommen, in denen Pflegende an ihre Grenzen gelangen. Pflegende sollten deshalb den Ernährungszustand realistisch einschätzen und angemessen eingreifen können. Wichtig sind Kenntnisse z.B. über die Biografie und Ernährungsgewohnheiten der Person sowie über Möglichkeiten, die selbstständige, genussvolle und ausreichende Ernährung so lange wie möglich zu erhalten.

Schlüsselwörter: Demenz, Ernährung, Selbstbestimmung

Autorenkontakt:

Sylke Werner ist Altenpflegerin und hat den Abschluss B.Sc. in Gesundheits- und Pflegemanagement. Sie arbeitet als Dozentin in der Pflegeausbildung.
Kontakt: Sylke.Werner63@web.de

> Tipps für Pflegende, Unterstützung für Angehörige

Ernährung am Lebensende

NADINE LEXA

Mangelnder Appetit, Schluckstörungen und zunehmende Schwäche machen das Essen und Trinken für viele unheilbar kranke Menschen häufig zu einer schweren Belastung. Angehörige können und wollen meist nicht akzeptieren, dass der ihnen nahestehende Mensch kaum noch etwas essen möchte. Genau hier sind die Pflegekräfte gefragt, aufzuklären und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sich wieder ein wenig Freude und Lust am Essen einstellen kann.

Foto: Ocskay Mark/Fotolia



Unterstützung für Angehörige

Unheilbar kranke Menschen leiden fast alle im Laufe ihrer Erkrankung an fortschreitendem Gewichtsverlust, und sie haben zahlreiche körperliche und seelische Probleme, die sich auch auf ihr soziales Umfeld ausweiten. Der normale Umgang mit Essen, der dem Alltag auf eine gewisse Weise oft Struktur und Gemeinsamkeiten verliehen hat, verliert an Bedeutung und wird sozusagen zum Symbol für existenzielle Fragen zu Leben und Tod. Dies stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar.

Beim Thema Essen in der palliativen Begleitung steht die Inappetenz (Appetitlosigkeit) im Vordergrund, hinzu kommen Schluckstörungen und zunehmende Schwäche. Die spürbare existenzielle Bedrohung durch Gewichtsverlust und starke Abmagerung (Kachexie) sowie

Verlustängste belasten die Beziehung zwischen Betroffenen und ihren Angehörigen sehr.

Essen zubereiten und „Essenreichen“ sind als Gesten von Liebe und Zuneigung nicht mehr möglich oder eingeschränkt. Dies ist für viele Angehörige schwer zu ertragen. So lange ein Mensch isst, lebt er. Steht das Essen nicht mehr im Mittelpunkt, so verstehen Familie und Freunde, dass das Unvermeidliche – der Tod – näher rückt. In seltenen Fällen bauen sie enormen Druck auf und wollen den Betroffenen zur Nahrungsaufnahme zwingen, und versuchen so, eigene Traurigkeit und Angst zu bekämpfen, um einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod aus dem Weg zu gehen.

„Wenn er nur essen würde, dann wäre er bald wieder gesund.“

Hier sollten Pflegende eingreifen, um die Interessen und Wünsche des Betroffenen gegenüber den Angehörigen zu verteidigen. Oft hilft es bereits, ein einfühlsames Gespräch über die belastende Situation anzubieten. Auch der Hinweis, dass es „normal“ ist, dass bei einer schweren Erkrankung weniger oder kaum gegessen wird, kann hilfreich sein. Es kommt nicht auf die Kalorienmenge an, die ein Betroffener zu sich nimmt, sondern vielmehr auf das Genießen kleiner Nahrungsmengen.

Selbstbestimmung und Autonomie des Betroffenen haben stets Vorrang vor „Bedarfszielsetzungen“.

Praxistipp

Pflegende können diesen Tipp selbst anwenden und an Angehörige weitergeben: Fragen Sie den Betroffenen nach seinen Essenswünschen und wie groß die Portionen sein sollen. Richten Sie die gewünschte Portion appetitlich her, und verwenden Sie nach Möglichkeit schönes Geschirr. Lassen Sie sich nicht von „Ungewöhnlichem“ irritieren. Manchmal kann beispielsweise ein schön angerichteter Esslöffel Kartoffelbrei mit Bratensoße für einen Betroffenen genau die richtige Menge sein – und ein bisschen Lebensqualität und Glück bereiten.

Cave: Fast alle Betroffenen am Lebensende sind mit einer „normalen“ Portionsgröße völlig überfordert und bekommen bei deren Anblick keinen Bissen mehr herunter. Stattdessen sollten nach dem Motto „klein, aber fein“ Essensangebote gemacht werden.

Der Mensch und nicht die Essens- oder Trinkmenge stehen im Vordergrund der Bemühungen.

Meist ist die Aufnahme nur geringer Mengen an Nahrung eine Schutzfunktion des Körpers, um Übelkeit und Erbrechen zu verhindern. So kann es hilfreich sein, Angehörigen zusätzlich oder ersatzweise andere Zuwendungsformen vorzuschlagen und sie darin anzuleiten. Pflegende sollten beispielsweise bereits frühzeitig daran denken, Angehörige in die Übernahme bestimmter pflege-

rischer Maßnahmen wie palliativer Mundpflege, Einreiben oder Handbäder einzubinden. Der Betroffene und seine Angehörigen entdecken so möglicherweise neue Wege, Gefühlen Ausdruck zu verleihen.

Unterstützung der Angehörigen

Das Wichtigste: Der Betroffene wird im Beisein der Angehörigen gefragt, ob er Hunger hat. Die Antwort ist, häufig zum Erstaunen der Nahestehenden, fast immer ein klares Nein. Diese stehen danach der Auseinandersetzung mit diesem Thema aufgeschlossen gegenüber. Manchmal kann zusätzlich folgende Volksweisheit unterstützend sein: Schon wenn jemand mit hohem Fieber im Bett liegt, hat er keinerlei Hunger oder Appetit – und der Schwerstkranke hat eine um vieles schlimmere Erkrankung. Er sollte also nicht ständig mit „Iss halt wenigstens, dann geht's Dir besser“ drangsaliert werden, sondern wie bereits geschildert, liebevoll dekorierte, kleinste Portionen angeboten bekommen. Erlaubt ist, was schmeckt, trotz Morphium und anderer potenter Medikamente. Nahrung ist in dieser Lebensphase nicht als Kalorienzufuhr zu betrachten, sondern als kleine Aufmerksamkeit und Lebensfreude.

Unterstützung für Pflegende

Mögliche Ursachen der Inappetenz

Primäre Ursachen der Inappetenz liegen in der Erkrankung (z.B. Krebs, AIDS, entzündliche Prozesse) selbst. Sekundäre Ursachen sind die Begleiterscheinungen wie Neben- und Nachwirkungen einer Behandlung durch Chemotherapie, andere Medikamente oder einer Operation. Diese äußern sich oft durch Übelkeit, einen trockenen und schmerzhaften Mund, Störungen im Geschmackempfinden, Verstopfung oder Durchfall.

Andere Symptome sind Schmerzen, Immobilität, Erschöpfungszustände, Depressionen sowie Verwirrtheit – und nicht zuletzt falsch sitzende oder fehlende Zahnprothesen. Es kann aber auch am Essen selbst liegen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) beanstandet immer häufiger die Qualität der Klinikkost, die obendrein durch lan-

ges Warmhalten kaum noch Nähr- und Geschmacksstoffe enthält.

Pflegende empfinden das „Füttern“ der Patienten als unangenehme Tätigkeit und delegieren dies nicht selten an ungelernetes Personal.

Schluckstörung

Viele unheilbar Kranke und Bewohner eines Pflegeheims leiden aufgrund neurologischer Erkrankungen wie Schlaganfall, Morbus Parkinson oder Demenz unter mehr oder weniger starken Schluckstörungen, Logopäden oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzte diagnostizieren oft ein altersbedingtes Erschlaffen der Rachenmuskulatur. Symptome hierfür sind häufiges Räuspern, Husten und Verschlucken: Den Betroffenen fließt oft die Nahrung aus dem Mund, oder Speisereste bleiben in den Wagentaschen hängen. Menschen mit Schluckstörungen haben keine Freude mehr am Essen und nehmen in der Folge rasch an Gewicht ab, trocknen aus oder bekommen fiebrige, durch Einatmen von Fremdkörpern verursachte Lungenentzündungen (Aspirationspneumonie).

Als prophylaktische Maßnahme ist eine aufrechte Sitzposition, am besten um die 90 Grad, wichtig. Im Bett sollte die Position mindestens 75 Grad betragen. Ein leicht nach unten gebeugter Kopf bis zu 20 Minuten nach dem Essen kann einen Reflux (Rückfluss von Speisebrei aus dem Magen) in die Luftröhre verhindern. Das Essen sollte von vorne unten angereicht werden. Sinnvollerweise sitzt die Pflegefachkraft hierbei. Die Speisen sollten keine unterschiedlichen Konsistenzen aufweisen. Dünneflüssige Getränke können angedickt werden, um sie so „größer“ und besser spürbar für den Betroffenen zu machen. Schwache und unheilbar kranke Menschen bedürfen sehr viel Zeit und Geduld bei der Nahrungsaufnahme.

Essen ist ein sinnliches Erlebnis

Essen und Trinken sind zwei der sinnlichsten Erlebnisse, welche fünf Sinne – Schmecken, Riechen, Sehen, Tasten und Hören – ansprechen sollten. Dieses Sinneserleben muss bei geringer Nahrungszufuhr nicht zwangsläufig abhanden kommen, sondern kann weiterhin gefördert werden, indem kleine, ansehnliche Mengen (auch in Form von Häppchen) an Essen und Getränken gereicht werden.

Praktische Empfehlungen

Es gibt vielerlei Möglichkeiten, den Appetit wieder ein bisschen anzuregen, allerdings kein Allheilmittel. Folgende Hinweise können zu diesem Zweck berücksichtigt werden:

Schmecken

Süßes und Salziges wird von vielen schwerkranken Menschen anders wahrgenommen. Aus diesem Grund sollte die Vorliebe des Betroffenen beim Würzen der Speisen individuell berücksichtigt werden, wobei saurer und bitterer Geschmack am längsten erhalten bleiben. Wird das Geschmackempfinden immer geringer, kann Zink verabreicht werden. Dies kann das Geschmackempfinden verbessern. Einen wissenschaftlichen Nachweis gibt es hierfür allerdings nicht. Durch gemeinsames Kochen, Tischdecken und das selbstständige Auffüllen des Tellers wird die Speichelproduktion angeregt, was die Wahrnehmung und das spätere Schlucken der Speisen erleichtert.

Kann der Betroffene die Nahrung nicht schlucken, können sich Angebote zur oralen Stimulation positiv auswirken. Kleine Stückchen der Lieblingspeise werden in eine Mullkompressen gewickelt, die der Betroffene aussaugen und so ein Geschmackserlebnis haben kann.

Riechen

Fragen Sie den Betroffenen, welche Gerüche er angenehm findet und welche Gerüche Unwohlsein oder gar Übelkeit auslösen. Sorgen Sie für eine angenehme, individuelle Geruchsatmosphäre. Bieten Sie interessante Gerüche an, die den Betroffenen an etwas Biografisches erinnern. So löst etwa der Geruch von frisch aufgebrühtem Kaffee bei vielen Betroffenen positive Erinnerungen aus.

Tasten/Fühlen

Es ist wichtig, dem Betroffenen beim Essen ausreichend Zeit zu lassen, das Geschirr und das Essen zu ertasten. Gegebenenfalls können Sie dabei auch seine Hände unterstützend begleiten. Achten Sie bitte bei der Auswahl des Materials auf die Vorlieben des Betroffenen. Eine Dame teilte einmal glücklicherweise mit, dass sie nur aus einer dünnwandigen Porzellantasse Kaffee trinken könne. Für viele Betroffene sind

Schnabelbecher ein Gräuel. Versuchen Sie stattdessen, Alternativen zu finden, wie beispielsweise eine Trinkflasche für Sportler oder ein normales Glas mit Strohalm. Passiertes Essen ist in der optischen Gestaltung eher wenig fantasievoll und abwechslungsreich. Manchmal ist es schon ausreichend, weiches Gemüse und Kartoffeln nur mit einer Gabel zu zerdrücken. Kleine ansprechend hergerichtete Häppchen (Fingerfood) finden bei den Betroffenen oft positive Resonanz.

Hören

Sprechen Sie deutlich und schalten Sie nach Möglichkeit Hintergrundgeräusche aus. Das Klappern mit Geschirr oder Entkorken einer Weinflasche können vertraute Geräusche sein und kündigen die bevorstehende Mahlzeit an.

Sehen

Das Essen sollte direkt im Blickfeld des Betroffenen stehen und es sollte hell im Raum sein. Intensive Farben mit kontrastreichem Untergrund und klare Formen erleichtern auch sehingeschränkten Menschen das Erkennen ihres Gedecks.

Das Trinkgefäß, möglichst aus Glas, sollte nicht zu groß sein, sonst erscheint die Menge einem wenig durstigen Menschen als nicht zu bewältigen. Ein schön gedeckter Tisch lädt zu einem köstlichen Mahl ein.

Ziele gemeinsam absprechen

Die Ziele in der Ernährung sollten nach Möglichkeit mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen und dem Behandlungsteam abgesprochen werden, da in diesem Kontext oftmals auf Grund unterschiedlicher Erwartungshaltungen Konflikte entste-

hen. Das Wohlbefinden des Betroffenen ist hier oberste Prämisse.

Eine Ablehnung akzeptieren

Trotz aller Bemühungen und auch wenn der Betroffene im Vorfeld einen bestimmten Essenswunsch geäußert hat, kann es vorkommen, dass er weiterhin appetitlos ist und sein Essen ablehnt. Akzeptieren Sie das „Nein“, und nehmen Sie dies nicht persönlich.

Am Ende des Lebens ist kreatives und spontanes Handeln gefragt. Einen standardisierten, klassischen Sterbverlauf gibt es nicht.

Machen Sie sich klar: Essen und Trinken sind zentrale Bereiche des täglichen Leben, ein Leben lang, sozial von höchster Bedeutung, bei manchen Ehepaaren ein eingespieltes Zeichen gegenseitiger Liebe, die bekanntlich durch den Magen geht – lebensnotwendig, aber auch „sterbensnotwendig“?

Infusionstherapien gibt es erst seit den Nachkriegsjahren, davor sind weltweit Menschen ohne parenterale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gestorben, wie auch heute noch ein großer Teil unterernährter Menschen weltweit. Während des natürlichen Sterbeprozesses zieht sich der Körper nach und nach zurück. Der Sterbende, zu schwach zum Schlucken, verspürt vermutlich keinen Hunger mehr. Er atmet offen durch den Mund, was diesen austrocknen lässt. In manchen Situationen würden Kalorien und Flüssigkeitszufuhr den Sterbenden sogar zu sehr belasten. So löst beispielsweise bei zunehmenden Leberversagen eine hochkalorische Infusion Übelkeit aus, der Ammoniakspiegel steigt, die Betroffenen werden schläfriger. Im terminalen Nierenversagen führen Infusionen

rasch zu einer Volumenüberbelastung, die wiederum in einem Lungenödem enden kann. Das spielt nicht nur bei einer länger bestehenden Nierenerkrankung eine Rolle, sondern bei jedem Sterbeprozess. Denn das Nierenversagen ist Teil des natürlichen Sterbeprozesses. Daneben können bereits bestehende Ödeme und Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum (Aszites) weiter zunehmen. Infusionen belasten also unnötigerweise das Sterben, weswegen hier äußerste Vorsicht anzuraten ist.

Der Stoffwechsel verändert sich durch eine Tumorerkrankung so, dass trotz künstlicher Ernährung, etwa per Magensonde, der Gewichtsschwund nicht aufgehalten werden kann. Unklar ist bisher auch, ob durch eine hochkalorische Ernährung das gesunde Gewebe oder der Tumor profitiert. <<



Literatur:

Knipping, C. (2007): Lehrbuch Palliative Care, Bern: Hofgrefe

Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (2010) : Palliative Care, Heidelberg: Springer

Lexa, N. (2013) : Pflege von Palliativpatienten, Stuttgart: Kohlhammer

Autorenkontakt:

Nadine Lexa, MAS, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, gelernte Krankenschwester, MAS Palliative Care, Autorin, Fachjournalistin, Lehrbeauftragte, Dozentin, Verfahrenspflegerin nach dem Werdenfeller Weg®, Auditorin und Herausgeberin der Buchreihe „Palliative Care für Einsteiger“
Kontakt: nadinelexa@gmail.com

Zusammenfassung

Essen und Trinken sind wichtige Themen am Lebensende eines Menschen, vor allen Dingen für die Angehörigen. Nimmt die Nahrungsaufnahme aufgrund der fortschreitenden Erkrankung ab, ist dies für Angehörige schwer aushaltbar, denn Essen bedeutet Leben. Eine lebensbedrohliche Erkrankung bringt meistens einen längeren Krankheitsverlauf – mit vielen Berg- und Talfahrten – mit sich. Umso schwerer ist es zu begreifen, dass der aktuellen Talfahrt keine Bergfahrt mehr folgen wird. Deshalb sollten die Wünsche des Betroffenen vollumfänglich berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter: Essen, Wohlbefinden, Palliative Care, Lebensqualität, Individualität

> Tumorkachexie

Ernährung von Krebspatienten

VERONIKA TOTH

Krebserkrankungen stellen in Deutschland nach Herz- und Kreislaufversagen die zweithäufigste Todesursache dar. Laut Einschätzung des Robert Koch-Instituts werden etwa 50% der Männer und 30% der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs erkranken. Dabei gilt rund die Hälfte der onkologischen Patienten nach fünf Jahren als geheilt (Ulrich & Steindorf 2012). In Deutschland erfolgt die onkologische Versorgung in mehr als 2.200 Krankenhäusern, davon 33 Universitätskliniken. Diese sind führend, wenn es um die Therapie komplexer, besonders schwerer oder seltener Erkrankungen geht. Eine angemessene ernährungsmedizinische Versorgung ist jedoch in den meisten Krankenhäusern nicht immer sichergestellt.



Foto: Belovodchenko Antony/Fotolia

Die krankheitsbedingte Mangelernährung bei Krebs

Bei rund 50% der Krebspatienten wird bereits vor der eigentlichen Diagnose ein Verlust von Körpergewicht beobachtet (Andreyev 1998). Dabei liegt bei jedem 6. Patienten bereits ein drastischer Gewichtsverlust von mehr als 10% des Ausgangsgewichts vor (De Wys et al. 1980).

Mangelernährung bei onkologischen Patienten führt zu (Adamietz 2010):

1. erhöhter Morbidität
2. erhöhter Mortalität
3. verstärkten Nebenwirkungen der Tumorthherapie

4. Verschlechterung der Therapieadhärenz
5. häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten
6. Mehrkosten

Ein Gewichtsverlust aufgrund einer Tumorerkrankung geht mit einer schlechteren Prognose einher (De Wys et al. 1980; Andreyev 1998) – unabhängig vom Ausgangsgewicht oder vom Körpergewicht zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Eine Erkrankung, die körpereigene Ressourcen verbraucht, ist demnach bedrohlicher als eine Krankheit, die gewichtsunabhängig besteht. Folglich verursacht ein erkrankungsassoziiertes Gewichtsverlust eine prognose-

serelevante Mangelernährung: Selbst wenn die onkologische Therapie ausgezeichnet ist, kein Rückfall vorliegt und Lymphknoten nicht vom Krebs befallen sind, ist die Prognose für den stark mangelernährten Patienten schlecht.

Tumorkachexie

Etwa 50% aller Krebspatienten sterben mit Symptomen einer durch den Krebs verursachten Abmagerung (Kachexie), wobei bis zu 20% der Todesfälle direkt auf die Tumorkachexie zurückzuführen sind (Aapro et al. 2014). Im Jahr 2014 waren in Europa rund 1 Mio. Krebspatienten von einer Tumorkachexie betroffen (von Haehling & Anker 2014).

Die Kachexie ist in einer Vielzahl von Stoffwechselveränderungen begründet. Dazu zählen vor allem:

- Gesteigerter Proteinumsatz mit Abbau von Skelettmuskelmasse
- Erhöhung des Glukoseumsatzes mit Glukoseintoleranz, Insulinresistenz und Hyperglykämie
- gesteigerter Fettabbau (Lipolyse)
- unzureichender Fettaufbau

Diesen Stoffwechselveränderungen liegen entzündliche Prozesse zugrunde, die ihren Ursprung im Tumorgewebe haben (Arends 2012). Dort wird eine Entzündungskaskade angestoßen, die zu den Symptomen der tumorassoziierten Mangelernährung führt: Die Präkachexie ist gekennzeichnet durch asymptomatische entzündliche Veränderungen mit zunächst geringem Gewichts- und Muskelmassenverlust.

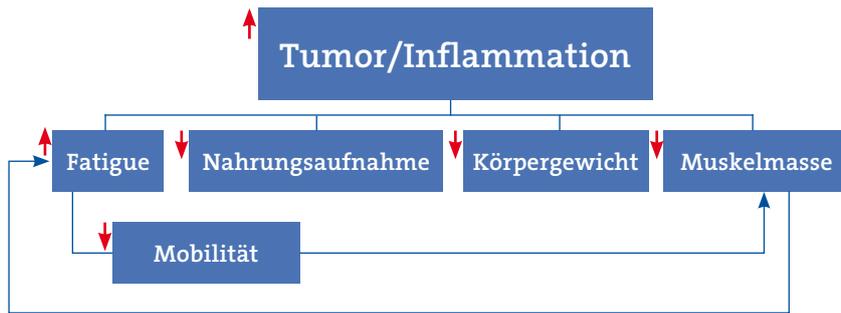


Abbildung 1: Interaktives Netzwerk bei tumorassoziiertem Mangelernährung (modifiziert nach Arends 2012)

Im Stadium der therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Kachexie (refraktären Kachexie) nehmen Zell- und Muskelmasse signifikant ab. Die Körperkraft, die physische und psychische Leistungsfähigkeit und zusehends auch die Mobilität des Erkrankten sinken weiter ab (Abbildung 1). Dies ist der Beginn eines Teufelskreises, der im weiteren Verlauf zu Leistungsminderung, beeinträchtigtem Immunsystem mit erhöhter Krankheitshäufigkeit und verminderter Toleranz gegenüber der Tumorthherapie führen kann (Arends 2012).

Verringerter Appetit

Für einen Gewichtsverlust und eine Mangelernährung im Zuge einer Tumorerkrankung ist neben den Stoffwechselveränderungen auch das Ungleichgewicht zwischen dem Energiebedarf und den Energie- und Nährstoffreserven im Körper verantwortlich (Lochs et al. 2006; Argilés 2005).

Ist die Krankheit bereits weit fortgeschritten, schwindet bei vielen Patienten der Appetit. Sie erklären sich ihren Gewichtsverlust dann häufig damit, dass sie nicht genug essen können. Dies ist zwar, wie oben erläutert, nur ein Teil des Problems, jedoch ist diese über längere Zeit anhaltende Verringerung der Nahrungsaufnahme die klinisch wichtigste Ursache für das Entstehen einer Mangelernährung. Neben der Appetitlosigkeit sind andere häufige Ursachen für die fehlende Nahrungsaufnahme (Arends 2013):

- tumorbedingte Störungen im Gastrointestinaltrakt
- Infektionen
- psychische Probleme
- chronische Schmerzen
- Übelkeit und Erbrechen
- Geruchs- und Geschmacksstörungen
- Kau- und Schluckbeschwerden

- Völlegefühl
- Durchfall
- Verstopfung

Ein frühzeitiges Screening deckt Mangelzustand auf

An erster Stelle sollte bei der Therapieplanung jedes Tumorpatienten stehen, einen Verlust von Körperzellmasse möglichst durchgehend zu vermeiden und beim Nachweis unverzüglich zu behandeln. Nur so kann ein fortschreitender Verlust gebremst oder zumindest minimiert werden. Deshalb ist eine gezielte Diagnostik zum Stand und Verlauf der Körperressourcen und zur aktuellen Stoffwechselsituation unumgänglich. Sie sollte in regelmäßigen, angemessenen Zeitabständen wiederholt werden, welche sich nach der Stabilität der klinischen Situation richten (Arends 2016).

Pflegfachkräfte als Schlüsselfiguren

Für die Identifizierung derjenigen Patienten, die bereits mangelernährt sind, ein erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung aufweisen oder die von einer Ernährungstherapie profitieren, empfiehlt sich ein Ernährungs-Screening. Pflegefachkräfte sind die richtige Berufsgruppe, um beim Patienten ein erstes Screening auf Mangelernährung

durchzuführen. Weiterführende, genauere Erfassung und Dokumentation des Ernährungszustandes (Assessment) obliegen jedoch spezialisierten Pflege- oder Ernährungsfachkräften, um genaue Ergebnisse zu erhalten und ggf. eine Ernährungsintervention einleiten zu können (Jermann 2011).

Erste unspezifische Anzeichen für eine vorliegende Mangelernährung können zum Beispiel Müdigkeit, Kopfschmerzen oder körperliche Schwäche sein. Die Pflegenden sollten darüber hinaus auf schlaffe Hautfalten, sichtbar hervorstechende Knochen sowie trockene, schuppige und rissige Haut achten (Kondrup et al. 2003).

Den Ernährungszustand zuverlässig erfassen

Ein Goldstandard, der alle Aspekte einer Mangelernährung optimal abbildet, existiert derzeit nicht. Stattdessen sind mehrere Erhebungsmethoden zur Erfassung des Ernährungszustandes verfügbar, aus welchen ausgewählt werden kann. Allen voran steht häufig die erste Einschätzung über den Body-Mass-Index (BMI) (Tabelle 1). Er dient zur Abschätzung körpergewichtsbedingter Gesundheitsrisiken und kommt sowohl bei der Erfassung von Unter- als auch von Übergewicht zum Einsatz.

Der BMI ist jedoch für Ältere und Übergewichtige hinsichtlich Mangelernährung nur begrenzt einsetzbar, da bei Senioren bereits ein BMI unter 22 kg/m² auf reduzierte Körperfettreserven und Muskelmasse hinweist. Bei Übergewichtigen oder Patienten mit Ödemen oder Bauchwasser (Aszites) kann über die alleinige Anwendung des BMI eine Mangelernährung nicht sicher ausgeschlossen werden. Hier sollten zusätzliche Erhebungsmethoden angewendet werden (Schütz 2011).

Allen Methoden ist die einfache Handhabung gemeinsam, denn sie sind

Kategorie	BMI [kg/m ²]
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht	25–29,9
Adipositas Grad I	30–34,9
Adipositas Grad II	35–39,9
Adipositas Grad III	≥ 40

Tabelle 1: Gewichtsklassen bei Erwachsenen in Abhängigkeit vom Body-Mass-Index (modifiziert nach World Health Organisation 2000)

Screening-Methode	Hinweis auf das Risiko einer Mangelernährung
Body-Mass-Index (BMI) (Volkert 2006)	Alter 18–65 Jahre: < 18,5 kg/m ² Alter über 65 Jahre: < 22 kg/m ²
Gewichtsverlauf (Bauer et al. 2006)	Alter 18–65 Jahre: Gewichtsverlust (% des Körpergewichts) in 6 Monaten: 5–10 % = mittleres Risiko > 10 % = hohes Risiko Alter über 65 Jahre: jeglicher Gewichtsverlust bedeutet ein Risiko
NRS = Nutritional Risk Screening (Schütz et al. 2005)	≥ 3 Punkte: Ernährungsrisiko liegt vor
MNA® = Mini Nutritional Assessment (Volkert 2005)	17–23,5 Punkte: Risiko für Mangelernährung < 17 Punkte: bestehende Mangelernährung

Tabelle 2: Empfohlene Methoden zum Screening auf Mangelernährung bei Erwachsenen (modifiziert nach Schütz 2011)

Punkte	Ernährungszustand	Schwere der Erkrankung
0	Normal	Normal
1 (mild)	Gewichtsverlust > 3 % in 3 Monaten oder Nahrungszufuhr 50–75 % in der letzten Woche	z.B. Oberschenkelhalsfraktur, chronisch Kranke mit akuten Beschwerden
2 (mäßige)	Gewichtsverlust > 5 % in 2 Monaten oder BMI 18,5–20,5 kg/m ² oder Nahrungszufuhr 20–60 % in der letzten Woche	z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwerer Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung
3 (schwer)	Gewichtsverlust > 5 % in 1 Monate (>15 % in 3 Monaten) oder BMI <18,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0–25 % des Bedarfes in der letzten Woche	z.B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten

Ab einem Alter von 70 Jahren: 1 Punkt addieren, z.B.: ein älterer Patient mit Oberschenkelhaslftfraktur hat dann ein mäßiges Risiko (2 Punkte) für eine Mangelernährung.

Tabelle 3: Nutritional Risk Screening (NRS-2002) (modifiziert nach Kondrup et al. 2003)

schnell und einfach zu erlernen und anzuwenden; sie sind nicht-invasiv und ohne Labordiagnostik ausführbar. Die folgenden Screening-Methoden sind für die Anwendung in der Klinik entwickelt worden und sollen sowohl von Ärzten als auch von Pflege- und Ernährungsfachkräften durchgeführt werden (Tabelle 2). Beispielhaft soll hier das Schema des „Nutritional Risk Screenings“ abgebildet werden (Tabelle 3).

Oft unterschätzt: übergewichtige onkologische Patienten

Übergewichtige onkologische Patienten sind für das medizinische Personal nicht sofort als eine Risikogruppe für tumorbedingte Mangelernährung erkennbar. Es ist möglich, dass ein Gewichtsverlust zunächst weder Ärzten noch Pflegekräften auffällt (Arends 2008).

Ein Beispiel: Ein Patient mit einer Körpergröße von 1,75m und einem Körpergewicht von 92kg hat einen BMI von 30kg/m². Verliert dieser Patient rund 20% seines Körpergewichts (18kg), erreicht sein BMI den für Gesunde empfohlenen Bereich zwischen 18,5 und 25kg/m². Es kann so zunächst paradoxerweise der erfreuliche Eindruck entstehen, dass der Patient „viel Energie“ für die Bewältigung seiner Krankheit

	Hungerstoffwechsel	Tumorasoziierte Mangelernährung (Kachexie)
Nahrungsaufnahme	Vermindert	Vermindert
Appetit	Erhalten	Vermindert
Mobilität	Erhalten	Vermindert
Metabolisches Muster	Ketose (Hungerstoffwechsel)	Systemische Entzündung
Nüchterninsulin, Blutglukose	Vermindert	Erhöht
Eiweißverlust	Gering	Erhöht

Tabelle 4: Typische Stoffwechselveränderungen beim Hungern und bei der tumorassoziierten Mangelernährung (modifiziert nach Arends 2012)

Stufe	Intervention
I	Evaluation und konsequente Therapie der individuellen Ursachen
II	Ernährungsberatung, Allgemeinmaßnahmen und Einsatz von Hilfsmitteln
III	Anreicherung der Nahrung
IV	Trink- und Zusatznahrung
V	Unterstützende künstliche enterale Ernährung über PEG-/PEJ-Sonde
VI	Unterstützende parenterale Ernährung

Tabelle 5: Stufenschema Ernährungsinterventionen (modifiziert nach Löser 2010)

mitbringt und „ein, zwei Kilo weniger“ auf der Waage dem Therapieerfolg zuträglich sind (Adamietz 2010).

Doch neben dem Verlust an Fettmasse wird, wie oben erläutert, gerade bei onkologischen Patienten ein außerordentlicher Verlust an stoffwechselaktiver Körperzellmasse festgestellt. Dieser Zustand unterscheidet sich demnach maßgeblich von einer kurzfristigen Hungersituation, die überwiegend Fettreserven mobilisiert, weil die Fettoxidation im Körper gefördert und Eiweißverluste über den Abbau gesunder Muskelmasse nur minimal erfolgen (Cahill 2006) (vgl. Tabelle 4). Ein tumorbedingter Gewichtsverlust ist demnach auch bei Übergewicht und Adipositas ungünstig. Dass dadurch die adipositasassoziierte Insulinresistenz und der Insulinspiegel günstig beeinflusst würden und das Tumorwachstum so gebremst werden könne, ist haltlos und steht der sinkenden Prognose eines tumorbedingten Gewichtsverlustes gegenüber (Adamietz 2010).

Das Tellerprotokoll: Einfach und praktikabel

Um eine ausreichende Energiezufuhr in der Klinik sicherstellen zu können, muss die tatsächliche tägliche Nahrungsaufnahme des Patienten abgeschätzt werden. Geeignet sind hierfür mehrtägige Essprotokolle und eine computergestützte Auswertung oder eine rückblickende

Beurteilung der Nahrungsaufnahme über die letzten Tage. Einfach durchzuführende, sogenannte Quantilen-, bzw. Quartilenschätzungen können über ein Tellerprotokoll oder Tellerdiagramm erfolgen (Abbildung 2). Diese lassen eine Einschätzung der Nahrungsaufnahme über die vergangenen Tage als fehlend, sehr gering (rund 25% der normalen Menge), gering (50%) oder als normal (100%) zu und lassen sich mit der tatsächlich eingenommenen Energiemenge in Zusammenhang bringen (Arends 2016).

Ernährungsinterventionen für onkologische Patienten

Eine besondere Ernährungsform im Sinne einer „Krebsdiät“ gibt es nicht. Spätestens bei einem Gewichtsverlust von 5% vom Ausgangsgewicht sollte eine Ernährungsdiagnostik inklusive Ernährungsanamnese und individueller Ernährungsberatung erfolgen. Ernährungsinterventionen sind angebracht, wenn der fortschreitende Gewichtsverlust, der mehr als drei von vier Patienten mit Krebs betrifft, verhindert oder rückgängig gemacht werden muss (Baracos 2004).

Darüber hinaus sind nicht zu unterschätzende, zusätzliche Vorteile einer erfolgreichen Intervention der Schutz vor Infektionen, eine gesteigerte Regenerationsfähigkeit des Gewebes sowie eine bessere Lebensqualität für den Pa-

tienten (Eberhardie 2002). Für Tumorpatienten bietet sich ein etabliertes Stufenschema (Tabelle 5) an, das selbst bei Menschen mit starkem Gewichtsverlust zum Einsatz kommt (Löser 2010).

Der Gesamtenergiebedarf von Tumorpatienten ist abhängig von ihrer individuellen Mobilität. So werden für Bettlägerige 104 Kilojoule (kJ) pro Kilogramm Körpergewicht (kgKG) und Tag angesetzt, was 25kcal/kgKG pro Tag entspricht. Mobile Patienten sollten eine Energiemenge von 126–147kJ/kgKG/Tag (30–35kcal/kgKG/Tag) erhalten.

Für die Versorgung mit Makro- und Mikronährstoffen (Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße, bzw. Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente) gelten die Empfehlungen der Fachgesellschaften für die Ernährung Gesunder (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2000).

Die Eiweißzufuhr sollte etwas angehoben werden, um dem Verlust von Muskelmasse entgegenzuwirken. Sie liegt demnach zwischen 1,2–1,5 g/kgKG/Tag. Der Fettanteil der Nahrung kann mit 35% der Gesamtenergie etwas höher als bei Gesunden liegen, weil Tumorpatienten eine gesteigerte Fettoxidation aufweisen (Breitkreutz et al. 2005).

- Es besteht die Indikation zu künstlicher Ernährung, sobald ein Patient das Essen einstellt (Nahrungskarenz) und
- die tägliche Energiezufuhr für mindestens 5 Tage weniger als 2095 kJ bzw. weniger als 500 kcal/kgKG beträgt, oder
 - er für mindestens 10 Tage weniger als 60 % des errechneten Energiebedarfs über die Nahrung zu sich nimmt.

Ungeachtet dessen, dass gesicherte Daten zum Einfluss einer (künstlichen) Ernährung auf das Tumorwachstum fehlen, sollte die Ernährungsintervention unmittelbar nach der Indikationsstellung begonnen werden, wenn möglich über den (Magen-)Darm-Trakt (enterale Ernährung).

Das Ziel einer Ernährungstherapie ist in erster Linie, dass ein fortschreitender Gewichtsverlust aufgehalten bzw. gemindert wird. Darüber hinaus sollen dadurch die Effektivität der Antitumortherapie erhöht, gleichzeitig ihre Nebenwirkungen reduziert sowie Therapieunterbrechungen vermieden und die Lebensqualität des Patienten verbessert werden (Zürcher 2008). In Tabelle 6 sind diätetische Empfehlungen für ausgewählte Ernährungsprobleme zusammengefasst.



Abbildung 2: Tellerdiagramm zur Erfassung der Nahrungsaufnahme

Appetitlosigkeit
Kleine, häufige Mahlzeiten/Snacks mit hohem Energie- und Eiweißgehalt (5– 6/Tag) anbieten
Falls Hauptmahlzeit ausgelassen wird, Alternativen anbieten:
•• Snacks anbieten (z. B. Sandwich, Joghurt, Kekse, Kracker und Käse, Früchte)
•• nahrhafte Getränke (z. B. Milch, Cremesuppe)
Individuellen Rhythmus einhalten: Mahlzeiten und Snacks dann reichen, wenn der Appetit am größten ist (z.B. am Morgen)
Getränke: Wenn möglich vor und während des Essens nicht trinken, Alkoholhaltiges mindestens eine halbe Stunde vor oder nach dem Essen genießen, Rotwein kann den Appetit anregen
Atmosphäre schaffen: Vielfältige Aromen und Farben sowie Beschaffenheit der Nahrung. Vermeiden von schlechten Gerüchen, ggf. sanfte Musik im Hintergrund
Entspannung: leichte Übungen vor den Mahlzeiten können appetitanregend wirken
Appetitanregende Substanzen einsetzen
Reichhaltige Mahlzeiten: Energie- und Eiweißgehalt der Mahlzeiten anreichern
Zusatznahrung anbieten: Geschmacksvariante wählen, die dem Patienten zusagt
Beschaffenheit der Nahrung: weiche, kalte oder gefrorene Nahrung wird häufig bevorzugt
Geschmacksveränderungen
Geschmacksveränderung aufspüren: Nahrung anbieten, die dem Patienten zusagt
Kontakt mit Essensgerüchen verringern
Mundhygiene speziell vor und nach den Mahlzeiten erhalten
Zur Flüssigkeitseinnahme motivieren
Speichelsekretion mit Zitronenbonbons und Kaugummi anregen und so die Geschmacksempfindung steigern
Geschmack der Speisen fördern durch Kräuter, Gewürze, Aromen und Marinaden
Speziell bei „metallischem Geschmack“: Geflügel, Fisch, Eier und Molkereiprodukte anbieten
Kalte Nahrung wird besser akzeptiert.
Stark gewürzte Nahrung anbieten
Getränke mit Fruchtaroma anbieten
Tabak und Alkohol vermeiden
Handelsübliche Mundspüllösungen vermeiden
Nahrungsmittelabneigung
Vor der Therapie:
•• bevorzugte Nahrungsmittel vermeiden (negative Konditionierung)
•• Mahlzeiten auf Basis von Kohlenhydraten anbieten, eiweißreiche Speisen meiden
Dicker, zähflüssiger Speichel
Motivieren zum Trinken
Klare Flüssigkeiten anbieten (z.B. Kräutertee, Eis am Stiel)
Mundhygiene erhalten
Dysphagie (Schluckstörung)
Flüssige, weiche oder pürierte Nahrung anbieten

Tabelle 6: Diätetische Empfehlungen für ausgewählte Ernährungsprobleme (modifiziert nach Kearney & Richardson 2006)

Ernährung nach der Tumortherapie

Nach einer erfolgreichen Tumorthherapie sollten geheilte Patienten und solche, die sich in Remission (dem dauerhaften oder zeitweiligen Nachlassen von Symptomen) befinden, wenn möglich, einen gesunden Lebensstil pflegen. Ein Bestandteil davon ist eine bedarfsdecken-

de, ausgewogene Ernährung. Sie sollte zum großen Teil aus Gemüse und Obst bestehen, ballaststoffreich und fettmodifiziert sein und wenig tierische Lebensmittel enthalten. Allerdings sollten regelmäßige Fischmahlzeiten auf dem Speiseplan stehen. Darüber hinaus sollte auf Alkohol und Nikotin verzichtet und regelmäßige Bewegung in den Alltag integriert werden (Zürcher 2008).

Antioxidantien und Nahrungsergänzungsmittel

Sofern ein Mangel an Mikronährstoffen besteht, sollte mit dem Patienten eine ausführliche Ernährungsberatung stattfinden. Ggf. kann bei kritischen Nährstoffen eine orale Supplementation (gezielte und ergänzende Aufnahme) stattfinden. Positive Effekte einer

unkontrollierten Aufnahme von Nahrungsergänzungsmitteln mit hochdosierten Vitaminen und Spurenelementen konnten bisher nicht belegt werden. Im Gegenteil können Antioxidanzien und andere Mikronährstoffe sogar den Erfolg der Antitumor-Therapie gefährden und dürfen deshalb nicht eingesetzt werden (Gröber et al. 2010).

Bewegung und Sport

Im Rahmen eines gesunden Lebensstils von onkologischen Patienten spielt natürlich nicht nur die Ernährung eine wichtige Rolle. Auch die körperliche Aktivität leistet einen entscheidenden Beitrag: Patienten, die sich regelmäßig bewegen, haben eine signifikant bessere Tumorprognose und beeinflussen ihre Lebensqualität positiv. Patienten sollten deshalb von allen Seiten darin bestärkt werden, individuell abgestimmte Sporteinheiten durchzuführen. Im Folgenden sind beispielhaft einige positive Effekte bei Brustkrebs und Kolorektalem Karzinom aufgeführt (Seifart 2016).

- **Brustkrebs:** positive Effekte auf Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depression, Erschöpfungszustände (Fatigue) und Fettgehalt des Körpers. Empfohlen wird moderate sportliche Aktivität beliebiger Art.
- **Kolorektales Karzinom (Darmkrebs):** Senkung der tumorspezifischen und der Gesamtmortalität sowie positive Effekte auf Fatigue, Lebensqualität und Allgemeinzustand. Es wird eine moderate bis intensivere sportliche Aktivität empfohlen. <<



Literatur

Aapro M., Arends J., Bozzetti F., Fearon K., Grunberg S.M., Herrstedt J. et al. (2014) Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Annals of oncology* 25 (8), S. 1492–1499.

Adamietz I.A. (2010) Ernährung bei Tumorpatienten. *Der Onkologe* 16, S. 81–96.

Andreyev H.J.N., Norman A.R., Oates J., Cunningham D. (1998) Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *European Journal of Cancer* 34, S. 503–509.

Arends J. (2008) Mangelernährung bei Tumorpatienten. *Der Onkologe* 14, S. 9–14.

Arends J. (2012) Ernährung von Tumorpatienten. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 37, S. 91–106.

Arends J. (2013) Malnutrition and cachexia in cancer patients. In: Löser C. (Hrsg) *Nutrition in modern oncology*. UniMed, Bremen.

Arends J. (2016) Prinzipien der Ernährungstherapie. Screening und Assessment. *Der Onkologe* 22, S. 241–250.

Argilés J. M. (2005) Cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing* 9, S. 39–50.

Baracos V. E. (2004) New Approaches in Reversing Cancer-related Weight Loss. *Oncology Issues* 19, S. 5–10.

Bauer J.M., Volkert D., Wirth R., Vellas B., Thomas D., Kondrup J. et al. (2006) Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131, S. 223–227.

Breitkreutz R., Tesdal K., Jentschura D., Haas O., Leweling H., Holm E. (2005) Effects of a high-fat diet on body composition in cancer patients receiving chemotherapy: a randomized controlled study. *Wiener Klinische Wochenschrift* 117, S. 685–692.

Cahill G.F. Jr (2006) Fuel metabolism in starvation. *Annual Review of Nutrition* 26, S. 1–22.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2000) Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 1. Auflage, Umschau Verlag, Frankfurt am Main.

De Wys W.D., Begg C., Lavin P.T., Band P.R., Bennett J.M., Bertino J.R. et al (1980) Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *American Journal of Medicine* 69, S. 491–497.

Eberhardie C. (2002) Nutrition support in palliative care. *Nursing Standard* 17, S. 47–52.

Gröber U., Hübner J., Holzhauser P., Kleeberg U.R. (2010) Antioxidanzien und andere Mikronährstoffe in der komplementären Onkologie. *Der Onkologe* 16, S. 73–79.

Jermann P. (2011) Mangelernährung bei onkologischen Patienten. In: Tannen A., Schütz T. (Hrsg.) *Mangelernährung Problemerkennung und pflegerische Versorgung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 159–171.

Kearney N. & Richardson A. (2006) *Nursing patients with care*. Edinburgh, Churchill Livingstone.

Kondrup J., Allison S.P., Elia M., Vellas B., Plauth M. (2003) ESPEN guidelines for nutrition screening. *Clinical Nutrition* 22, S. 415–421.

Lochs H., Allison S.O., Meier R., Pirlich M., Kondrup J., Schneider S. et al. (2006) Introduction to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: terminology, definition and general topics. *Clinical Nutrition* 25, S. 180–186.

Löser C. (2010) Unter- und Mangelernährung im Krankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt* 107 (51/52), S. 911–917.

Schütz T. (2011) Screening auf ein ernährungsbedingtes Risiko. In: Tannen A., Schütz T. (Hrsg.) *Mangelernährung Problemerkennung und pflegerische Versorgung*. Kohlhammer, Stuttgart, S. 29–37.

Schütz T., Valentini L., Plauth M. (2005). Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN Leitlinien 2002. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 30, S. 99–103.

Seifart U. (2016) Krebs und Lebensstil. Was hilft wirklich? *Der Onkologe* 22, S.127–136.

Ulrich C.M. & Steindorf K. (2012) Krebsprävention durch Lebensstil—was ist evidenzbasiert? *Der Onkologe* 18, S. 192–197.

Volkert D. (2005) Erfassung der Ernährungssituation älterer Menschen—das Mini Nutritional Assessment (MNA). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 30, S. 142–146.

Volkert D. (2006) Der Body-Mass-Index (BMI) – ein wichtiger Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustands. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 31, S. 126–132.

Von Haehling S. & Anker S.D. (2014) Prevalence, incidence and clinical impact of cachexia: facts and numbers—update 2014. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 5, S. 261–263.

World Health Organisation (WHO) (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization technical report series 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459>, Zugriff am 29.10.2016

Zürcher G. (2008) Wann und wie sollen Patienten ernährt werden? *Der Onkologe* 14, S. 15–21.

Zusammenfassung

Der Verlust von Körpergewicht, im Speziellen von gesunder Muskelmasse, ist ein schwerwiegendes Symptom tumorbedingter Mangelernährung, wobei bereits die Hälfte der Patienten vor der Krebsdiagnose an Körpergewicht verloren hat. Trotz erfolgreicher Tumortherapie stirbt ein großer Teil der Tumorpatienten an den Folgen einer Kachexie. Aus diesem Grund kommen dem Screening auf Mangelernährung und darauffolgender Ernährungsberatung und ggf. Ernährungsinterventionen eine bedeutende Rolle zu. Pflegekräfte haben den häufigsten Kontakt zu den Patienten und können daher in der interdisziplinären Versorgung entscheidend dazu beitragen, durch genaue Dokumentation und Screening die Prognose der Patienten zu verbessern.

Schlüsselwörter: *Mangelernährung, Screening, Tumortherapie*

Autorenkontakt:

Veronika Toth, Ökotrophologin (B.Sc.), Ernährungswissenschaftlerin (M.Sc.), wissenschaftliche Autorin
Kontakt: veronika.j.toth@gmail.com

> Arzneimittelmittel in der Pflegepraxis

Teil 4: Zytostatika – Wirkmechanismen und Sicherheitsbestimmungen in der Anwendung

ANJA BEHNCKE & EVA WOLSCHON

Serie! – Vierter Teil

Seit vielen Jahren kommen Zytostatika immer häufiger bei verschiedenen Erkrankungen, insbesondere bei Tumorerkrankungen zum Einsatz. Zytostatika sind toxische Substanzen und damit Gefahrenstoffe. Daher müssen Sicherheitsbestimmungen und entsprechende Schutzmaßnahmen beim Umgang mit diesen Stoffen berücksichtigt werden.



Foto: Phovoir/Fotolia

Wirkmechanismen von Zytostatika

Man kann die Zytostatika nach ihrem jeweiligen Angriffspunkt in verschiedene Substanzgruppen unterteilen:

- Antimetabolite
- Alkylanzien
- Topoisomerase-Hemmstoffe
- Mitosehemmstoffe
- Zytostatisch wirksame Antibiotika
- Kinaseinhibitoren
- Hormonantagonisten
- Sonstige Zytostatika

Zu den **Antimetaboliten** zählen unter anderem Folsäureantagonisten (z.B. Methotrexat) und Antagonisten von Purin- und Pyrimidin-Basen (Mercaptopurin, Fluorouracil u.a.), welche wichtige Bausteine der DNA sind. Antimetabolite verdrängen natürliche Stoffwechselbausteine (Metabolite) und führen so zu einer Störung des Stoffwechsels und der Zellteilung. Allerdings ist ihre Wirkung unspezifisch und so kommt es in allen sich schnell teilenden Zellen zu Beeinträchtigungen.

Die **Alkylierenden Zytostatika** sind reaktionsfähige Substanzen die durch Alkylierung von Nukleinsäuren wirken. Dies führt zu multiplen DNA-Veränderungen, wie z.B. zu der Cross-link-Bildung oder einer falsche Basenpaarung. Beides stört die Zellteilung. Zu den Alkylanzien zählen unter anderem Lost-Derivate. Lost ist der Gelbkreuzkampfstoff, welcher im ersten Weltkrieg eingesetzt wurde. Nachdem man feststellte, dass es bei den Opfern zu Schädigungen der schnell wachsenden Gewebe kam, wurde diese

Substanz als mögliches Chemotherapeutikum in Betracht gezogen. Heute werden aufgrund der hohen Toxizität von Lost die Stickstoff-Lost-Derivate, wie z.B. das Cyclophosphamid eingesetzt. Ein weiteres Beispiel für Alkylantizien sind die Platin-Komplexe Cisplatin, Carboplatin und Oxaliplatin.

Die Topoisomerasen sind Enzyme, die eine Verdrillung des langen DNA-Strangs in der Zelle unter geringem Energieaufwand ermöglichen. Werden diese Enzyme gehemmt, kommt es zu DNA Strangbrüchen, was zum Zelltod führt. Beispiele für **Topoisomerase-Hemmstoffe** sind Topotecan, Irinotecan und Etoposid. In einigen Tumorzellen ist die Aktivität der Topoisomerasen erhöht und somit weisen die Hemmstoffe eine leichte Tumorselektivität auf.

Die Zellteilung wird als Mitose bezeichnet. Zu den **Mitosehemmstoffen** zählen die Vinca-Alkaloide (Vinblastin, Vincristin u.a.) und die Taxane (Paclitaxel, Docetaxel u.a.). Während der Mitose werden die für die Teilung des Genmaterials notwendigen Spindelapparate aufgebaut. Die Mitosehemmstoffe blockieren den Aufbau (z.B. Vinca-Alkaloide) oder den Abbau (Taxane) dieser Kernspindel und hemmen so die Zellteilung.

Zu den **zytostatisch wirksamen Antibiotika** zählen die Actinomycine, Anthracycline (z.B. Mitoxantron, Doxorubicin u.a.), Bleomycin und Mitomycine. Die zytostatische Wirkung der genannten Antibiotika beruht auf verschiedenen Wirkmechanismen. Eine bedeutsame Gruppe sind die Anthracycline. Sie hemmen die Nukleinsäuresynthese, die Topoisomerase und fördern die Biotransformation zu freien Radikalen (DNA-Schädigung). Zudem binden die Stoffe an Membranstrukturen was deren Durchlässigkeit erhöht.

Kinasen sind Enzyme, welche in Zellen an der Weiterleitung von Signalen beteiligt sind. Durch Hemmung dieser Kinasen werden zum Beispiel Wachstumssignale nicht weitergeleitet oder der Tumor wird nicht ausreichend mit Nährstoffen und Blut versorgt. Beispiele für Wirkstoffe sind Gefitinib, Lapatinib und Temozolomid.

Ist das Wachstum eines Tumors hormonabhängig können diese mit **Hormonen und Hormonantagonisten** behandelt werden. Sie werden häufig bei Prostata- und Brustkrebspatienten eingesetzt. Bekannte Beispiele sind das

Flutamid, Tamoxifen und die Aromatasehemmer (z.B. Letrozol, Anastrozol).

Der Umgang mit Zytostatika im Pflegealltag

Wie oben beschrieben greifen die Zytostatika in Stoffwechsel- und Zellteilungsvorgänge ein. Dadurch haben sie krebserzeugende, erbgutverändernde und fortpflanzungsgefährdende Eigenschaften, das heißt sie zählen zu den CMR-Stoffen (cancerogen, mutagen und reproduktionsschädigend). Durch Zytostatika werden nicht nur selektiv Krebszellen, sondern auch andere (gesunde) Zellen zerstört.

Zytostatika stellen für alle Personen, die damit in Berührung kommen, eine Gesundheitsgefährdung dar. Früher war das Verabreichen von Zytostatika ausschließlich eine ärztliche Tätigkeit. Mittlerweile wurden sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Pflege Konzepte entwickelt, die eine Übernahme der Zytostatikagabe durch Pflegekräfte vorsehen (Deutsche Krebsgesellschaft 2009). Nach den Empfehlungen der Konferenz der onkologischen Krankenpflege und Kinderkrankenpflege (KOK) sollten die Pflegekräfte mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Onkologie und eine spezielle Schulung zum Umgang mit Zytostatika nachweisen können. Darüber hinaus müssen auch alle weiteren Personen, wie z.B. Schüler, Studenten, Reinigungspersonal, aber auch Angehörige, die im Stationsalltag mit den Gefahrenstoffen in Berührung kommen könnten, eine entsprechende Einweisung zum Umgang erhalten. Dies beinhaltet auch die Aufklärung über die Gefahr der Kontamination durch unsachgemäße Entsorgung oder den Kontakt mit Körperflüssigkeiten von Patienten, die Zytostatika erhalten haben (Mast 2002). Schwangere dürfen nicht mit Zytostatika arbeiten.

Laut der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege muss der Arbeitgeber auf Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung eine schriftliche Betriebsanweisung für alle Beschäftigte ausgeben, die Informationen enthalten muss zu den genutzten Gefahrenstoffen, den entsprechenden Schutzmaßnahmen sowie Maßnahmen, die im Falle eines Unfalls durchgeführt werden müssen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2004).

Zubereitung der Zytostatika

Die Zubereitung der Zytostatika sollte möglichst zentral in der Krankenhausapotheke oder einer Apotheke vor Ort erfolgen. Dies bringt erhebliche Vorteile für den Arbeitsschutz durch in Arzneimittelrichtlinien geschultes Personal (Pharmazeutisch-technische Assistenten, Apotheker) und die Gewährleistung bestimmter technischer Standards wie z.B. für die aseptische Herstellung steriler Arzneimittel geeignete Räume mit Sicherheits-Werkbänken. Bei der Zubereitung sind u.a. folgende Schutzmaßnahmen zu beachten (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2004):

- Kennzeichnung des Zytostatika-Zubereitungsraumes
- Arbeitsflächen sollten glatt und leicht zu reinigen sein
- Technisch belüfteter Arbeitsraum, da die abgesaugte Luft nicht zurückgeführt werden darf
- Essen, Trinken und Rauchen sind in dem Raum untersagt
- Geeignete Schutzkleidung, wie z. B. sterile Zytostatika-Schutzhandschuhe, langarmige Schutzkittel mit enganliegendem Bündchen

Verabreichung von Zytostatika

Zytostatika wirken auf Schleim- und Bindegewebe reizend, nekrotisierend und sensibilisierend. Außerdem stellen die krebserzeugenden, erbgutverändernden und fortpflanzungsgefährdenden Eigenschaften eine Gefahr für den Verabreichenden dar. Daher muss die Aufnahme des Stoffes z.B. durch Kontakt über Haut oder Schleimhaut vermieden werden. Sowohl bei der Vorbereitung der Applikation als auch bei der Verabreichung selbst sollten immer (sterile) Schutzhandschuhe, Schutzkittel und ggf. eine Schutzbrille getragen werden.

Infusionen

Die Infusionen sollten möglichst mit konnektiertem, bereits gefülltem Infusionsbesteck von der Apotheke geliefert werden. Andernfalls wird das Infusionsbesteck mit einer Trägerlösung (nicht mit dem Zytostatika) befüllt und entlüftet. Anschließend wird diese langsam und zentriert durch den Einstechstutzen der Infusionsflasche gesteckt. Das Belüftungsventil muss geschlossen bleiben.

Nach der Gabe der Zytostatika wird mit der Trägerlösung nachgespült, wobei das „Umstecken“ von Infusions-

systemen durch die Verwendung von verzweigten Infusionssystemen vermieden werden sollte. Die leeren Infusionen werden komplett in gesonderten gekennzeichneten Abfallbehältnissen entsorgt.

Tabletten, Kapseln und Dragees

Tabletten sollten mit Handschuhen erst unmittelbar vor der Verabreichung aus der Originalverpackung entnommen und bevorzugt in einem Einmalmedikamentenbecher verabreicht werden. Wenn Patienten die Tabletten selbständig entnehmen, wird empfohlen sich anschließend gründlich die Hände zu waschen. Auf das Mörsern und Zerkleinern sollte hierbei verzichtet werden (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2004; TRSG 905, 2014).

Entsorgung von Abfällen

Kontaminierter Abfall muss in entsprechenden Abfallbehältnissen mit Fußpedal oder anderem Öffnungsmechanismus gesondert gesammelt werden.

Als zytostatikahaltiger Abfall gilt (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2004):

- Nicht vollständig entleerte Originalverpackungen
- Verfallene Arzneimittel
- Reste von Trockensubstanzen und Tabletten
- Spritzen und Infusionsflaschen/-beutel, Infusionssysteme
- Weiteres kontaminiertes Material, z.B.

Unterlagen, Schutzkleidung, usw. Die Abfälle sind entsprechend den gefahrstoff- und abfallrechtlichen Vorschriften unter Angabe des Abfall-

schlüssels „AS 180108“ und des Absenders in fest verschlossenen und unbeschädigten Behältnissen zu entsorgen. Außerdem muss auf den Behältern der Gefahrzettel (Symbol „Totenkopf“) vorhanden sein (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2004; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2012; TRSG 905 2014).

Ausscheidungen sind 48–96 Stunden nach der Zytostatikagabe noch kontaminiert, können jedoch über die Kanalisation entsorgt werden.

Wenn die beschriebenen Schutzmaßnahmen im Umgang mit Zytostatika konsequent eingehalten werden, kann die Gefahr einer Kontamination sehr gering gehalten werden.

Der Umgang mit Zytostatika wird u.a. in folgenden Dokumenten geregelt:

- TRGS 525 Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung
- TRGS 905 Verzeichnis krebserzeugender, keimzellmutagener oder reproduktionstoxischer Stoffe
- BGW-Themen „Zytostatika im Gesundheitsdienst – Informationen zur sicheren Handhabung von Zytostatika“ (M 620) <<



Literatur

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) (2009) Handlungsempfehlung der KOK – Applikation von Zytostatika durch Pflegekräfte.

Mast, C (2002) Umgang mit Zytostika und Patientenpflege bei Chemotherapie. Zeitschrift für Gastroenterologie, 40(S01): 76–80

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2004) „Zytostatika im Gesundheitsdienst – Informationen zur sicheren Handhabung von Zytostatika“ (M 620) https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-themen/M620_Zytostatika_im_Gesundheitsdienst_Download.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 11.10.2016]

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2012) „Abfallentsorgung – Informationen zur sicheren Entsorgung von Abfällen im Gesundheitsdienst“ https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-themen/EP-AE_Abfallentsorgung_Download.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 11.10.2016]

TRSG 905 (2014) Gefahrstoffe in Einrichtungen der medizinischen Versorgung http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Gefahrstoffe/TRGS/pdf/TRGS-905.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 11.10.2016]

Autorenkontakt:

Anja Behncke, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, **Kontakt:** Anja.Behncke@uksh.de

Dr. Eva-Maria Wolschon, Apothekerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck **Kontakt:** Eva-Maria.Wolschon@uksh.de

Prof. Dr. Sascha Köpke, Leiter der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, **Kontakt:** Sascha.Koepke@uksh.de
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege Universität zu Lübeck

Anzeige



Corinna Schmohl

Onkologische Palliativpatienten im Krankenhaus
Seelsorgliche und psychotherapeutische Begleitung

Jährlich sterben in Deutschland ca. 850.000 Menschen. Krebs ist mit ca. 215.000 Sterbefällen die zweithäufigste Todesursache. Die meisten Patienten (ca. 70 %) verbringen ihre letzten Wochen und Tage in stationären Einrichtungen. Die Frage nach Sinn, Wert und Bedeutung des eigenen Lebens und Handelns beschäftigt nicht nur die Betroffenen oft in großer Intensität, sondern vielfach auch Mitarbeitende in den helfenden Professionen, Ehrenamtliche, Angehörige und Nahestehende der Patienten. Sinnzentrierte Seelsorge im Anschluss an die Logotherapie Viktor Frankls würdigt die Individualität des Einzelnen und bietet wichtige Impulse für interdisziplinäre Zusammenarbeit und seelische Gesundheit.

2015. 316 Seiten, 12 Abb., 2 Tab.
Kart. € 59,99
ISBN 978-3-17-026376-5
Münchner Reihe Palliative Care,
Band 12

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430 · www.kohlhammer.de

150 Jahre **Kohlhammer**



> Gefühle und Gespräche

Onkologische Patienten begleiten

PETRA FLICK

Was macht den Umgang mit onkologischen Patienten eigentlich so schwer? Die Begleitung Tumorkrankter verläuft nie einheitlich. Ebenso wie kein Mensch mit onkologischer Erkrankung dem anderen gleicht, was Persönlichkeit, Schwere der Erkrankung, Perspektiven und Therapieverlauf angeht, sind auch Pflegekräfte völlig unterschiedlich geprägt durch positive oder negative Erfahrungen in vielen Bereichen. So ist es nicht verwunderlich, wie unterschiedlich die Begleitung onkologischer Patienten manchmal abläuft und wie verschieden die Bedürfnisse, beispielsweise in den Verarbeitungsstrategien der Pflegenden, sind. Mit welchen Ängsten und Unsicherheiten sind Pflegenden konfrontiert – und welche Rolle spielen Kommunikation und Beziehungsarbeit, der Balance-Akt zwischen Nähe und Distanz, dem sich Pflegenden häufig stellen müssen. Wichtig ist auch der Stellenwert der Selbstpflege in der Begleitung schwerstkranker Menschen und wie diese im Alltag aussehen kann.

Im Jahr 2012 erkrankten in Deutschland nach Angaben des Zentrums für Krebsregisterdaten 477.950 Menschen an Krebs, inzwischen ist diese Zahl auf mehr als eine halbe Million gestiegen. Einer der Antriebsgründe besteht darin, dass die Menschen immer älter werden und ihre Erkrankung somit buchstäblich noch „erleben“. Denn die häufigsten Krebserkrankungen treten erst im höheren Lebensalter auf. Weiter wird geschätzt, dass ungefähr 1,4 Millionen Menschen mit dieser Erkrankung leben. Die Anzahl der Todesfälle sinkt aufgrund verbesserter Früherkennung und Therapieoptionen (Zentrum für Krebsregisterdaten, Krebs in Deutschland 11/12).

Die Diagnose einer Krebserkrankung trifft die Menschen mitten im Alltag. Ob Erwachsene oder Kinder und deren Eltern – die direkt wie indirekt betroffenen Menschen sind in der Regel unvorbereitet. Orientierungslosigkeit, Sprachlosigkeit, Angst und Fassungslosigkeit stehen im Raum. Die Welt scheint für einen Augenblick stillzustehen. Die Erkrankten und auch deren Angehörige

fallen aus dem vertrauten Rahmen, und es gibt nichts mehr, woran sie sich festhalten können. In ihrem Buch „*Zwischen Todesangst und Lebensmut*“ beschreibt Corinna Kohröde-Warnken es so: „*Das Unfassbare ist nicht zu greifen*“ (Kohröde-Warnken 2011, S. 39).

Das eigene, alltägliche Leben, welches unverwundbar scheint, kann nicht festgehalten werden, und ob die Betroffenen wollen oder nicht, ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit plötzlich ganz real.

Das Leben wird nun von der Krankheit bestimmt, private und berufliche Pläne werden in Frage gestellt. Krankenhausaufenthalt, Untersuchungstermine und die Behandlung bestimmen den „neuen“ Alltag. Es steht also nicht nur die eigentliche Diagnose im Vordergrund. Alle Bereiche des Lebens sind mit erkrankt und verändern sich.

Zeit wird plötzlich zu einem besonderen Gut: Krebskranke können nichts tun, um Zeit zu gewinnen. Versäumtes kann nicht nachgeholt, und es kann auch nichts zurückgeholt werden, was

wir nicht gewürdigt haben. Die Erkrankten stehen im Hier und Jetzt mit der Diagnose Krebs. Existenzielle Fragen wie: „Warum gerade ich? Was habe ich falsch gemacht? Werde ich bestraft? Wie sag ich das meinem Partner und wie wird er reagieren? Wie geht’s weiter? Werde ich sterben?“ stehen im Vordergrund.

Die Rolle der Pflegenden in der Onkologie

So wie die medizinische Entwicklung der Onkologie sich gewandelt hat, verändert sich auch die Rolle der Pflegenden in der Onkologie und deren Bedeutung. Pflegenden in der Onkologie zu sein bedeutet heute:

- Patienten über eine lange Zeit in allen Höhen und Tiefen begleiten
- komplexe medikamentöse Therapien verabreichen
- Patienten beraten bzgl. Therapie und Nebenwirkungen
- Anteilnehmen
- die Lebensgeschichte der Patienten kennen

- Patienten und Angehörige in der Krankheitsbewältigung unterstützen
- gezieltes Überwachen des Patienten, um Komplikationen zu vermeiden
- kritisches Hinterfragen statt Schweigen
- den Patienten schrittweise in die Palliativpflege begleiten
- eine Schlüsselposition an verschiedenen Schnittstellen zwischen dem interprofessionellem Team, dem Patienten und seinen Zugehörigen
- Mitgestaltung des Behandlungsprozesses (Mitdenken erlaubt!) (Bachmann-Mettler 2007)

Was den Umgang mit Krebspatienten so schwer macht

Ängste und Unsicherheiten

Pflegende in der Onkologie sind täglich mit Menschen in Ausnahmesituationen konfrontiert, die persönliche Betroffenheit und Ängste auslösen:

- Die Angst vor den eigenen Gefühlen (Hilfe, ich muss auch gleich weinen!)
- Verhalte ich mich richtig? Wähle ich die richtigen Worte?
- Wie ist die persönliche Haltung zu Krankheit, Tod und Leben?
- Befürchtungen, so ein Schicksal könnte auch mich persönlich einholen - und was dann?
- Darf ich verletzbar sein? („Ich lasse das lieber nicht so nah an mich heran, sonst kann ich nicht funktionieren.“)
- Angst vor Kontrollverlust
- Den Druck, die Verantwortung für das Leben und Sterben des Patienten mittragen zu müssen
- Angst vor Distanzverlust

Pflegende können durch diese Ängste regelrecht blockiert werden. Daher sollten sie versuchen, diese nicht zu ignorieren oder wegzudiskutieren, denn die Ängste sind real und werden es auch bleiben. Es wird immer wieder Situationen geben, in denen Pflegende persönlich berührt und betroffen sind. Onkologisch Pflegende sind gefordert, sich diesen Ängsten und Unsicherheiten zu stellen. Eine große Herausforderung ist es, nicht gegen sich zu handeln, sondern das Gefühl der Angst und Unsicherheit auch zulassen zu können, um dann menschenfreundlich, authentisch und fachkompetent handeln zu können.

Warum ergreift Pflegende das Leid eines Patienten, den sie doch gerade erst kennengelernt haben? Corinna Kohrö-

de-Warnken erklärt, dass Pflegekräfte sich ihrem Gegenüber mit seiner Mimik, den Gesten und Gefühlen nahezu nicht entziehen können. Beispielsweise empfinden Mütter den Schmerz ihrer Kinder, den diese bei einem Sturz verspüren, was in einer Computertomografie tatsächlich durch eine erhöhte Aktivität des Schmerzzentrums der Mütter messbar wird.

Es gibt einen gemeinsamen zwischenmenschlichen Bedeutungsraum, der es ermöglicht, wahrzunehmen, was bei dem Gegenüber gerade passiert. Pflegende erkennen oft ohne Worte, was sich der Patient gerade wünscht, was er zu tun beabsichtigt oder wie der Patient sich fühlt, auch wenn er sich nach außen hin anders zeigt (Kohröde-Warnken 2011).

Pflegende sollten bei der Begleitung von Krebspatienten ihrer Intuition folgen und wahrnehmen, wie der Patient sich verhält, wie er handelt, wie er spricht oder schweigt. Vielleicht ist es eine Art von Haltung, wie man den onkologisch Erkrankten gegenübertritt. Man kann sich dafür entscheiden, sich ganz auf den Patienten einzulassen und sich nicht nur mit dem Krankheitsbild und den Nebenwirkungen der Therapie zu befassen. Bei allem, was die Erkrankten durchstehen müssen, genau dort hinzuschauen, worunter gerade am meisten gelitten wird:

- Sind es Schmerzen, oder hat der Patient Ängste?
- Vielleicht ist er einsam, oder ist es die dauernde Übelkeit, worunter er am meisten leidet?
- Sich auf den Erkrankten einlassen, trotz Zeitdruck.
- Sich immer wieder neu dafür zu entscheiden, auch wenn der Stationsalltag diese Sichtweise oft nicht zulässt.

Pflegende können mit dieser Haltung in ein Patientenzimmer gehen – oder sich nur auf die Nebenwirkungen der Therapie beschränken: Der erkrankte Mensch wird diesen Unterschied deutlich spüren.

Darstellung der Herausforderungen in der Praxis

Fallbeispiel

Herr H. (51 Jahre), verheiratet, zwei Kinder (8 und 10 Jahre alt) erkrankt an einer akuten myeloischen Leukämie. Wegen der hohen Rezidivrate erhält Herr H.

nach einer intensiven Chemotherapie eine allogene Knochenmarktransplantation. Bei dieser Behandlung wird das eigene blutbildende Knochenmark durch Chemotherapie und Ganzkörperbestrahlung zerstört und ein „Neues“ von einem gesunden Spender transplantiert.

Herr H. ist ein gutaussehender, erfolgreicher Mann mittleren Alters. Er legt sehr viel Wert auf sein Äußeres, ist gut gekleidet und sehr gepflegt. Herr H. ist stets freundlich, etwas anspruchsvoll, und er zeigt sich eher introvertiert. Er isst gerne und mit Appetit. Er liebt die Gemeinschaft beim Essen. Intimsphäre ist ihm sehr wichtig. Herr H. telefoniert jeden Tag mit seinen Kindern und der Ehefrau. Seine Familie lebt 120 km von der Klinik entfernt und kommt auf Wunsch von Herrn H. nur selten. Die Kinder sollen ihn nicht besuchen. Zitat: „Ich möchte nicht, dass meine Kinder mich hier so sehen.“

Herr H. geht sehr zuversichtlich in die Knochenmarktransplantation. Er ist kooperativ und zuverlässig in der Einnahme der Medikamente und hält sich an alle Regeln, die so eine intensive Therapie mit sich bringt. Zunächst durchläuft er die Konditionierungsphase, d.h. die Zeit vor der Transplantation. In dieser Phase erhält Herr H. eine aggressive Chemotherapie und eine Ganzkörperbestrahlung. Am Tag 1 werden Herrn H. auf eigenen Wunsch die Kopfhare rasiert. „Die fallen ja eh aus.“

Am Tag 0, dem Tag der Transplantation, beginnt für Herrn H. die Sterilphase. Diese dauert ungefähr drei Wochen. In dieser Phase darf Herr H. das Zimmer nicht mehr verlassen. Alle Gegenstände im Zimmer sind sterilisiert bzw. wischdesinfiziert worden. Kleidung, Bettwäsche und Geschirr werden täglich erneuert. Das Buch, das Herr H. gerade liest, ist in einzelne Seiten zerlegt, da man ein sterilisiertes Buch bereits nach drei Tagen aus dem Sterilzimmer entfernen muss. Herr H. hat Fotos vom letzten Familienurlaub am Meer einschweißen lassen – fröhliche Bilder, die erst vor drei Monaten entstanden waren, als noch niemand ahnte, was geschehen würde. Diese hängen an der Wand direkt gegenüber von seinem Bett. In der Sterilphase darf Herr H. nur Sterilkost zu sich nehmen – das Essen empfindet er als ungenießbar und beschränkt sich auf Milchsuppen und Milchreis. Nach kurzer Zeit plagen Herrn H. Übelkeit und Erbrechen, sodass er das Essen ganz einstellt.

und parenteral, über einen zentralvenösen Katheter, ernährt wird.

Herr H. erleidet in den nachfolgenden Wochen schwerste Komplikationen: hohes Fieber, Übelkeit, unerträgliche Schmerzen aufgrund einer Abstoßungsreaktion des Darms, massive Durchfälle, eine Pilzinfektion in der Lunge und dadurch Luftnot – um nur einige zu nennen.

Herr H. wird immer stiller, teilweise aggressiv. Alles, was für Herrn H. eine Bedeutung hatte, ist plötzlich unwichtig geworden. Es macht Herrn H. beispielsweise nichts aus, völlig unbekleidet im Bett zu liegen. Er meldet sich einfach gar nicht mehr, wenn er Urin oder Stuhlgang lassen muss, und er bricht den telefonischen Kontakt zu seiner Familie ab. Die Ehefrau kommt noch zu Besuch, aber es herrscht nur Schweigen. Den Kindern soll dieser Anblick erspart bleiben, denn die Ehefrau hat immer noch so viel Hoffnung. Alles wird gut werden. Herr H. verweigert schließlich auch die Medikamenteneinnahme und jegliche grundpflegerische Versorgung.

Herr H. hat es nicht geschafft. 155 Tage aufrappeln und wieder fallen. Er hat sich am Ende aufgegeben. Herr H. liegt fast unbekleidet in seinem Bett, spricht nicht mehr oder nur unfreundlich, verweigert seine Medikamente, will nicht mehr gewaschen werden, telefoniert nicht mehr, will niemanden sehen. Alles ist ihm egal. Schwach, von der Krankheit ausgezehrt, tiefliegende traurige Augen. Das ist der Mensch, der am Ende stirbt.

Eigene Wahrnehmung zum Fallbeispiel

Wir als Pflegenden sind in dieser Zeit Herrn H. näher als jeder andere. Wir begleiten ihn durch diesen „Kampf“. Es gibt gute und schlechte Tage. Die schlechten überwiegen dann in den letzten Monaten.

Hier wird deutlich, dass dieses eine besondere Form der Begleitung ist. Pflegenden sind sehr nah am Patienten und erleben diese extreme Veränderung eines Menschen in einer so existenziellen Situation, gehen jeden Tag ins Zimmer und schauen, was heute dran ist. Wenn man sich auf die Nebenwirkungen und Komplikationen der Behandlung beschränkt, hat man mehr als genug zu tun. Folgende Gedanken gehen mir durch den Kopf:

„Macht das alles einen Sinn? Immer wieder neue Komplikationen. Es geht

nur bergab. Wie gehe ich mit diesem Menschen um? Sehe ich seine Not? Wie kann ich helfen? Warum telefoniert Herr H. nicht mehr mit seinen Kindern, und nehme ich das überhaupt wahr? Warum reagiert Herr H. so unmöglich, wenn ich nur Fieber messen möchte? Herr H. spricht nicht mehr viel, zieht sich total zurück. Stille im Zimmer. Soll ich diese Stille zulassen?“

In einer persönlichen Begegnung hatte ich als Pflegenden an einem Tag das Gefühl, die Stille durchbrechen zu wollen, und ich sagte nur: „Herr H., Sie sehen sehr traurig aus, es geht Ihnen wirklich schlecht, oder?“ Herr H. fing an zu weinen. Ich war sehr beeindruckt von dieser Reaktion. Herr H. weinte, und ich hielt seine Hand – sprachlos.

In dieser Situation fühlte ich mich sehr hilflos und war unsicher, ob ich wohl das Richtige tat. Im Rückblick war es gut, dass ich auf mein Bauchgefühl vertraut habe. Herr H. brauchte in diesem Moment keine Medikamente oder Therapeuten. Hier ging es nicht um Perfektion in der Kommunikation. Herr H. brauchte nur einen Menschen, der ihn ansah und das aussprach, was für ihn unmöglich erschien. Nur jemanden der „da war“.

Bei diesem Fallbeispiel wird deutlich, mit welchen Patienten Pflegenden in der Onkologie konfrontiert werden und dass die Kommunikation, ob verbal oder nonverbal, einen hohen Stellenwert in der onkologischen Pflege hat. Es wird auch klar, dass die Betreuung nicht selten einen langen Leidensweg beinhaltet. Wir Pflegenden sind „Mitverantwortliche“, tragen die Entscheidungen der Patienten oder Mediziner mit, auch wenn die Situation unerträglich wird. Wir sind Teil eines Systems, welches in manchen Situationen keine medizinischen Grenzen kennt.

Handlungsmöglichkeiten, Kommunikation und Beziehungsarbeit

Der hohe Stellenwert der Kommunikation in der onkologischen Pflege hat mit der existenziellen Bedrohung, die eine Krebserkrankung darstellt, zu tun.

Onkologisch Pflegenden sind mit Ängsten, Ärger und Traurigkeit, mit Enttäuschung oder Vorwürfen seitens der Patienten konfrontiert und müssen professionell damit umgehen. Der kommunikative Austausch mit den Pflegen-

den beeinflusst, was die Krankheit für den jeweils Betroffenen bedeutet, wie er diese begreift und verarbeitet (Margulies et al. 2010).

Es gibt eine Unmenge an Fachliteratur zum Thema Kommunikation und Gesprächstechniken.

Stille aushalten

Ich denke, Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen schweigen, weil sie von ihren Ängsten „überrollt“ werden. Sie verweigern das Gespräch, weil sie unsicher sind, ob sie ihre Gedanken und Gefühle aussprechen dürfen. Wie schwer muss es sein, wenn die Gedanken sich im Kopf überschlagen, lauter Fragen und Ängste aufkommen. Die Pflegekraft ist noch fremd, man hat sich erst gerade kennengelernt. Die Erkrankten ziehen sich zunächst zurück. Sie brauchen einfach etwas Zeit. Der eine mehr, der andere weniger. Für uns Pflegenden gilt es nun, die Erkrankten richtig einzuschätzen, um die Patienten dort unterstützen zu können, wo gerade am meisten Bedarf ist.

Auch wir onkologisch Pflegenden sind oft sprachlos! Die Angst, etwas Falsches zu sagen, ist einfach zu groß. Ich denke aber, schweigen ist erlaubt, auch wenn es schwer fällt, diese Stille im Zimmer auszuhalten. Manchmal gibt es einfach nichts mehr zu sagen. Wir Pflegenden ermöglichen dem Erkrankten so Raum und Ruhe. Wir schweigen und hören trotzdem zu. Schweigen kann uns Pflegenden außerdem helfen, Abstand gegenüber Ärger, Aufregung, Angst und Stress zu gewinnen.

Ein Erlebnisbericht von Corinna Kohröde-Warnken: *„Nach der Bekanntgabe des Histologiebefundes kam eine ‚dienstverfahrene‘ ältere Schwester in mein Zimmer, zog sich einen Besucherstuhl an mein Bett und sagte gar nichts. Sie saß einfach nur da und schwieg mit mir – es gab nichts zu erklären oder zu sagen – sie war einfach nur mit mir und für mich da“* (Kohröde-Warnken 2011, S. 21).

Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist von Achtsamkeit und Verstehen geprägt und erfordert Konzentration. Es geht um richtiges Verstehen – und auch darum, dem Patienten zu vermitteln, dass hier eine Pflegekraft ist, der er sich anvertrauen kann. Was immer gesagt oder nicht gesagt wird, die Pflegekraft regiert mit Verständnis und sie versucht mitzufühlen. Es geht

nicht darum, die Probleme des onkologisch Erkrankten zu lösen. Vielmehr sind wir onkologisch Pflegenden gefordert, die Patienten in der Problemlösung zu unterstützen. Hier ist es wichtig, auch zwischen den Zeilen zu lesen.

Beziehungsaufbau

Die wichtigste Grundlage jeder zwischenmenschlichen Beziehung ist das wechselseitige Vertrauen. Ein Ziel in der onkologischen Pflege ist, dass die Patienten sich sicher und aufgehoben fühlen.

Vertrauen und Sicherheit verbinden sich mit dem Eindruck von fachlicher Kompetenz. Inhalt und Form des Gesprächs wird durch die Art der Beziehung zwischen zwei Gesprächspartnern beeinflusst (Margulies et al. 2010).

Neben der Beziehung, dem Vertrauensverhältnis und dem Ausmaß von Nähe und Distanz, das zueinander aufgebaut wird, ist die jeweilige Lebenssituation wichtig. Diese ist bei onkologisch Erkrankten und auch bei den Pflegenden eine besondere. Onkologisch Pflegenden und Patienten sind aus dem Rahmen einer „normalen“ Gesprächsbeziehung herausgenommen.

Wir Pflegende stehen vor der Herausforderung, die Beziehung zum onkologisch Erkrankten wertschätzend und positiv zu gestalten. Begegnungen und Gespräche zwischen Patient und Pflegekraft werden so wertvoll, aufbauend und respektvoll. Carl Rogers stellte hierzu bereits in den 1950er Jahren fest, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ein entscheidender Faktor ist und dass die Haltung des Therapeuten eine ausschlaggebende Rolle spielt (Pörtner 2011). Die wichtigsten Elemente dieser inneren Haltung sind laut Rogers:

- Echtheit und Aufrichtigkeit
- Respekt und Wertschätzung
- Empathie

Wir Pflegenden stehen vor der Anforderung, uns die Bedeutung dieser inneren Haltung zu verdeutlichen und unser persönliches Kommunikationsverhalten dahingehend neu zu betrachten.

Beispiele

In die Praxis umgesetzt bedeutet das z.B. Wissenslücken dem Patienten gegenüber zuzugeben, statt einen allwissenden Eindruck zu vermitteln. „*Ich kenne Ihren Therapieplan nicht und kann Ihnen deshalb nicht sagen, welche Chemo als nächstes drankommt. Ich werde gleich*



Foto: prudkov/Fotolia

Viele Krebskranke sind von ihrer Situation, den Ängsten, den Zweifeln und der Hilflosigkeit so überfordert, dass sie keine Worte mehr finden, um sich auszudrücken. Hier ist es wichtig, auch zwischen den Zeilen zu lesen.

nachschauen und Ihnen dann Bescheid sagen.“ (Echtheit, Aufrichtigkeit)

In Bezug auf das Fallbeispiel heißt dies, Herrn H. als Person so anzunehmen, wie er im Augenblick ist, akzeptieren, dass er Gründe hat, warum er gerade so unfreundlich ist oder warum er zum wiederholten Mal ins Bett gemacht hat (Respekt und Wertschätzung).

Herr H. telefoniert nicht mehr mit seinen Kindern und möchte sie auch nicht sehen. Man muss verstehen, welches Gefühl diesem Verhalten zu Grunde liegt. Als Pflegekraft müssen wir einmal die Perspektive wechseln, die eigene Perspektive vorübergehend aufzugeben und Herrn H. Verständnis signalisieren (Empathie).

Gespräche mit den onkologisch Erkrankten: zu viel Zeitaufwand?

Egal, ob wir Pflegenden den onkologischen Patienten gerade erst kennenlernen oder dieser bereits seit Langem bekannt ist, der Erkrankte sehnt sich nach Zuwendung, Verständnis, Unterstützung, Klärung und Ermutigung. Das kostet Zeit. Zu allen Gesprächstechniken, die in der Literatur beschrieben sind, sollten wir onkologisch Pflegenden uns grundsätzlich die Frage stellen: „Will ich mich auf ein Gespräch und auf die emotionale Nähe mit dem Erkrankten wirklich einlassen?“

Laut dem Diplom-Psychologen Günter G. Bamberger ist das die wesentliche Voraussetzung, den onkologischen Pati-

enten auf menschlicher Ebene zu begegnen. Pflegenden sind den onkologischen Patienten schon durch die medizinische und grundpflegerische Versorgung körperlich sehr nah. Diese Momente der körperlichen Nähe können von Pflegenden genutzt werden, um sich auch auf emotionale Themen einzulassen. Hier muss keine zusätzliche Zeit eingeplant werden.

In Bezug auf das Fallbeispiel könnte man während der grundpflegerischen Versorgung auf die laminierten Fotos der Familie eingehen. Es könnte im Verlauf des Gesprächs dann um die Ängste der Kinder oder Ehefrau gehen, oder wie eigentlich alles anfang und was sich mit so einer Erkrankung im sozialen Umfeld verändert. Wie verhalten sich Freunde und Verwandte? Enttäuschungen über das Verhalten der „guten Freunde“ kommen vielleicht zur Sprache. Zeitinvestition kann durch ein Gespräch im richtigen Moment an anderer Stelle Zeit sparen. Wenn die onkologischen Patienten sich emotional alleingelassen fühlen, werden sie uns Pflegende verstärkt wegen körperlicher Beschwerden einbinden.

Fallbeispiel

Frau K. (38 Jahre) hatte einen unklaren Bauchtumor, mehrere Operationen, Bestrahlung, Chemotherapie und chirurgische Komplikationen. In der Übergabe wird von einer fordernden anstrengenden Patientin berichtet. Frau K. klinge sehr viel, klage über Schmerzen und



Abbildung 1: Maslow'sche Bedürfnispyramide, nach Kohróde-Warnken 2011

Übelkeit. Sie kann nicht mehr liegen, der Kathetereintritt tut ihr weh, sie muss auf den Topf, das Nachtschränkchen steht nicht richtig usw.

Ich als Pflegende entscheide mich dafür, direkt beim ersten Durchgang durch die Zimmer, etwas mehr Zeit für diese Patientin einzuplanen.

Ein erster freundlicher Kontakt auf Augenhöhe, ein Lächeln, die Patientin mit Namen ansprechen und sich selbst vorstellen, sind die ersten Schritte, um eine gute Atmosphäre im Zimmer zu schaffen.

Die Pflegende kennt in diesem Fall die Biografie der Patientin und die ganzen Komplikationen, die bis hierher aufgetreten sind. Sie versteht die Unzufriedenheit und Verzweiflung von Frau K. Nach kurzer Zeit entsteht ein gutes Gespräch, in dem Frau K. viel von sich, ihren Problemen und Nöten erzählt. Die Pflegende trifft mit Frau K. Absprachen bzgl. der Schmerzmittel und Unsicherheiten. Sie versichert Frau K., den Arzt zu informieren, da Frau K. dahingehend Gesprächsbedarf signalisiert. Frau K. klingelt in diesem Spätdienst nur zu den Toilettengängen.

Selbstpflege

Onkologisch Pflegende sollten sensibel mit ihren Bedürfnissen und Empfindungen umgehen und sich bewusst machen, dass sie häufig physische und besonders auch psychische Arbeit leisten, die ihre eigenen Kräfte übersteigt.

Definition Selbstpflege: Bereitschaft, Verantwortung für die Erhaltung der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit zu übernehmen.

Onkologisch Pflegende, aber auch Pflegende allgemein gehen häufig über ihre Grenzen hinaus, vernachlässigen ihre Selbstpflege und werden ihren eigenen Bedürfnissen nicht mehr gerecht. Dies führt nicht selten zu Störungen im beruflichen und sozialen Bereich.

In der Pflege pendeln wir täglich zwischen Nähe und Distanz oder auch zwischen Empathie und Distanz. „Empathie ist ein kompliziertes Wechselspiel zwischen Anteilnahme und Mitgefühl einerseits und Unabhängigkeit und Distanz andererseits. Eine Balance zwischen Engagement und objektiver Beobachterrolle. Selbst in intimsten Beziehungen zu wissen, wo das ‚Ich‘ aufhört und das ‚Du‘ beginnt.“

Das bringt es wohl auf den Punkt. Wir Pflegende dürfen nicht ein Teil der Krankengeschichte des Patienten werden, sondern sollten Verantwortung für uns selbst tragen. Wir sollten unsere eigenen Grenzen erkennen und unsere eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht lassen.

Die Herausforderung für uns Pflegende liegt wohl darin, in den belastenden Situationen die Fähigkeit zu besitzen, physisch, emotional, sozial, psychisch und spirituell für uns zu sorgen.

Die in der Abbildung 1 dargestellte Bedürfnispyramide von Abraham Maslow stellt ein Modell von menschlichen Bedürfnissen und Motivation dar, das beispielsweise in der Personalentwicklung oder Managementlehre genutzt wird. Wenn man dieses Modell auf onkologisch Pflegende überträgt, können diese nur achtsam mit den eigenen Ressourcen umgehen, wenn sie in der Lage sind, in ausreichendem Maß auf die eigenen persönlichen Bedürfnisse einzugehen.

Bei genauerer Betrachtung muss man feststellen, dass der Alltag der Pflegenden häufig nicht mit dieser Pyramide in Einklang zu bringen ist:

- Die fehlende Frühstückspause in einer stressigen Schicht (physiologische Grundbedürfnisse)
- sich mit Entscheidungen arrangieren, die den eigenen Moralvorstellungen widersprechen (Sicherheit)
- Schichtdienst, der Zeit mit Familie und Freunden begrenzt (soziale Beziehung)
- kein hohes Ansehen des Berufes (soziale Anerkennung)
- wenig Platz für Individualität (Selbstverwirklichung)
- die Begegnung mit Leid, Sterben und Tod stellt zwangsläufig die Frage nach Sinn, Gerechtigkeit und Spiritualität (Transzendenz – spirituelle Ebene)

Bei dieser Disharmonie ist es für Pflegenden umso wichtiger, die Sorge für sich selbst im Blick zu haben, damit es nicht zu Störungen im beruflichen oder sozialen Bereich kommt.

In der Begleitung onkologisch erkrankter Menschen treten positive Gefühle wie Freude und Hoffnung sowie negative Gefühle wie Schuld, Scham, Ekel, Ärger, Wut, Angst und Trauer auf. Ich denke, Selbstfürsorge beginnt mit der Annahme dieser Gefühle.

Sich selbst erlauben, all diese Gefühle zu haben und sich trauen, diese auch auszusprechen, ist für viele Pflegende nicht selbstverständlich.

Selbstpflege – wie kann das im Alltag aussehen?

- Ausgleich in der Freizeit (Sport, spazieren gehen, mit Freunden treffen, Spaß, Ruhe, Entspannung)
- Persönliches Einbringen für eine gute Arbeitsatmosphäre
- Teambesprechungen
- Rituale entwickeln (ich gebe mit der Arbeitskleidung auch alles erlebte ab)
- Ausgleich auf spiritueller Ebene
- Hilfe holen bei Überforderung
- Fortbildungen in Anspruch nehmen (z.B. Gesprächsführung oder Stressbewältigung)

Auch das Angebot der Supervision, psychosozial ausgerichtete Besprechungen im Team oder ethische Fallbesprechungen können entlasten.

Interessanterweise verlieren diese offiziellen Angebote im Alltag nicht selten ihren hohen Stellenwert. So suchen Pfl-

gende den Austausch mit Kollegen und erfahren, wie wohltuend es ist, einfach mal zu erzählen, was alles passiert ist, was gut oder schlecht gelaufen ist, um dann den Zuspruch eines Kollegen zu erfahren, der genau weiß, wovon man spricht.

Voraussetzung ist hier ein wohlwollend-akzeptierendes und wertschätzendes Miteinander im Team (Margulies 2010, S. 678).

Ich denke, Selbstpflege ist sehr individuell zu betrachten. Was für den Einen wichtig ist, kann für den Anderen weniger wichtig sein. Nur eines sollte deutlich werden: Wir onkologisch Pflegenden sollten die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen wahrnehmen und in ausreichendem Maß darauf eingehen.

Fazit

Für mich als Pflegende ist die Begleitung der onkologischen Patienten auch nach vielen Jahren immer noch eine Herausforderung. Ich stelle mich dieser gerne, denn es sind positive Dinge, die daraus entstehen. Mein größtes Interesse, und darin sehe ich auch den Sinn meiner Arbeit, liegt in dem menschlichen Kontakt mit den Krebskranken und deren Angehörigen. Dieser Kontakt, meist über einen langen Zeitraum, bringt Vertrauen und Wärme im Kontrast zur hochtechnisierten Medizin. Dieser Zusammenhalt gibt beiden Seiten Kraft – den Erkrankten und den Pflegenden.

Wir können von den onkologischen Patienten so viel lernen: die Freude über kleine Dinge, das Leben in der Gegenwart, Dankbarkeit, wie wichtig „echte Freundschaften“ sind, Zusammenhalt, Gelassenheit, den Tod anzunehmen als Teil des Lebens, das Bewusstsein für die Begrenzung der Zeit und des Lebens, die Auseinandersetzung mit der Frage: Woher komme ich, wohin gehe ich?

In der Begleitung onkologischer Patienten dürfen wir neben den schwierigen Herausforderungen auch all das erleben – wie bereichernd für unser persönliches Leben!

„Lange saßen sie dort und hatten es schwer. Aber sie hatten es gemeinsam schwer, und das war ein Trost. Leicht war es trotzdem nicht.“

Dieses Zitat von Astrid Lindgren aus „Ronja Räubertochter“ hat mich sehr berührt, denn bezogen auf die Begleitung onkologischer Patienten erleben Pflegende genau dieses Phänomen in ihrem Alltag.

Gemeinsam durch eine schwere Zeit gehen: Keiner weiß, was am Ende sein wird. Wir Pflegende begleiten die Betroffenen und deren Angehörige im Hier und Jetzt – für viele Patienten der letzte Lebensabschnitt. Daran sollten wir in der Begleitung der onkologischen Patienten immer wieder denken. <<



Literatur

Robert Koch Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten, Krebs in Deutschland 11/12

Kohröde-Warnken C. (2011) Zwischen Todesangst und Lebensmut. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Bachmann-Mettler I. (2007) Die zukünftige Rolle der Pflegenden in der Onkologie. Der Onkologe 13 (4), S. 356-359.

Margulies A., Kroner Th., Gaisser A., Bachmann-Mettler I. (2010) Onkologische Krankenpflege, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.

Pörtner M. (2011) Personenzentriert arbeiten in der Pflege. CNE.fortbildung März 2011, Lerneinheit 11 S. 2.

Zegelin A. (2013) Pflege ist Kommunikation! Die Schwester der Pflege 52 (7), S. 636-639.

Ernst H. (2011) Die Gefühle des anderen. In: Kohröde-Warnken C. (2011) Zwischen Todesangst und Lebensmut. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Zusammenfassung

Das Begleiten der onkologischen Patienten stellt für uns Pflegenden eine immerwährende Herausforderung dar. Wir betreuen Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Angehörige, wir schulen, beraten, lindern Symptome, trösten und motivieren. Mit all dem sichern wir Pflegenden die Durchführung der vielleicht lebensrettenden Therapie.

Schlüsselwörter: *Onkologische Patienten begleiten, Rolle der Pflegenden, Nähe, Distanz*

Autorenkontakt:

Petra Flick, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin für die Pflege in der Onkologie, Palliativ Care, Praxisanleiterin für die Fachweiterbildung Onkologie am Universitätsklinikum Münster
Kontakt: Petra.Flick@ukmuenster.de

Das besondere Buch

DER TIPP DER REDAKTION



Martha Maschke:
Hommage an mein Bauchgefühl
Oder: Die Würde des Menschen ist doch antastbar

Lehmanns Media, Berlin, 2016, 413 Seiten, 16,95 €, ISBN: 978-3-86541-718-3

Bewegend, tieftraurig, ironisch, optimistisch, humorvoll und voller Herzenswärme – so erzählt Martha Maschke ihre Krankheitsgeschichte.

Frau Maschke ist chronisch krank und keiner weiß so recht, was denn tatsächlich nicht stimmt – Wunden heilen nicht, Medikamente werden nicht vertragen. Und so beginnt mit einer schon fast banalen Bandscheiben-OP, von der sich andere Patienten innerhalb von Wochen vollständig erholen, eine jahrelange Odyssee durch das deutsche Medizinsystem.

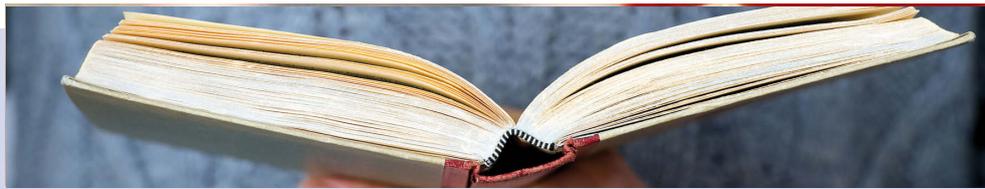
Das Buch erzählt von der Hilflosigkeit, von der Überforderung der Ärzte und der Pflegekräfte, die mit ihrem Latein am Ende sind. Aus Hilflosigkeit wird Frust; aus Frust Aggression.

Das Buch erzählt davon, was es bedeutet, wochenlang in einem Mehrbettzimmer im Krankenhaus zu liegen, ohne sich auch nur ein winziges Stückchen Privatsphäre verschaffen zu können. Und davon, wie es ist, als Erwachsener plötzlich voll und ganz auf andere angewiesen zu sein – sich ausgeliefert zu fühlen.

Aber nicht zuletzt erzählt das Buch auch von Wärme und Freundschaft und davon, wie wohltuend kleine Gesten und alltägliche Freundlichkeit sein können.

Das Einzige, was man machen kann, ist Frau Maschke von ganzem Herzen viel Gesundheit wünschen.

(Maria Moskaleva)



Schmidt-Bräkling T., Pohl U., Gosheger G. & van Aken H. (Hrsg.):

Patientenlagerung im OP

Thieme Verlag, Stuttgart, 2017, 175 S. 59,99 €
ISBN: 978-3-13-165911-8

Die Korrekte Lagerung des Patienten im OP ist enorm wichtig für eine erfolgreiche Operation. Dieses Buch beschreibt mit vielen Bildern, wie die korrekte Lage erreicht wird und zeigt die häufigsten Fehler sowie die Besonderheiten bei Kindern und Übergewichtigen auf. Online verfügbare Videos ergänzen das Buch.

Weiß T.:

Recht in der Pflege Lernen, Verstehen, Anwenden

2. Auflage. C.H. Beck Verlag, München, 2016, 280 S. 29,80 €
ISBN: 978-3-406-66517-2

Das Lehrbuch richtet sich an Studierende und Schüler, Dozenten und Lehrer in der Pflege. Mithilfe von Fallbeispielen führt es in die wichtigsten Themen des Pflegerechts ein und befasst sich auch mit Gesetzesänderungen: u.a. dem Pflegestärkungsgesetz und dem Pflegeberufgesetz.

Panke-Kochinke B.:

Let's work together Schulentwicklung in der beruflichen Ausbildung an Pflegeschulen

Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 103 S. 24,95 €
ISBN: 978-3-86321-324-4

Ziel der Schulentwicklung ist die Professionalisierung der Pflegeausbildung. Birgit Panke-Kochinke hat fünf Jahre lang zwei Ausbildungsstätten bei der Schulentwicklung wissenschaftlich begleitet.

Buchmann K. E.:

Sterben und Tod Gelassen und angstfrei mit dem Lebensende umgehen

Springer Verlag, Heidelberg, 2017, 186 S. 19,99 €
ISBN: 978-366249755

In dem vorliegenden Buch beleuchtet der Psychotherapeut und Vorsitzende einer Hospizbewegung, Professor Knud Eike Buchmann, psychologische Aspekte in Bezug auf das eigene Sterben und den eigenen Tod.

Kersting K.:

Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung

Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2016, 301 S. 39,95 €
ISBN: 978-3-86321-285-8

Vor einigen Jahren hat sich der Begriff „Coolout“ für den Umgang mit moralischen Konflikten in der Pflege etabliert. Er beschreibt die moralische Desensibilisierung. Dieser Band präsentiert neue Studien und diskutiert Konzepte der Pflegedidaktik.

Kusch R.:

Neue Schatztruhe für die Seniorenarbeit Impulse, Materialien und Gesprächsanstöße

Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 2016, 220 S. 17,99 €
ISBN: 978-3-579-06207-5

In ihrem neuen Praxisbuch bietet Rita Kusch Ideen an, um Senioren zum Gespräch anzuregen und zu aktivieren. Neben kurzen Geschichten werden auch Spiele vorgestellt, die sich mit wenig Aufwand umsetzen lassen.

Bittler J., Nordmann H. & Schuldzinski W.:

Das Vorsorgehandbuch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Testament

Verbraucherzentrale, 2016, 184 S. 12,90 €

Vielen ist es wichtig, auch am Ende des Lebens selbstbestimmt zu bleiben. Voraussetzung dafür ist eine gute Vorsorge. Welche formalen Vorgaben die einzelnen Dokumente erfüllen müssen, wird genau erklärt. Das Buch bietet Textbausteine und heraustrennbare Formulare.

Drauschke P., Drauschke S. & Albrecht M.: *Changemanagement und Führung im Gesundheitswesen*

Führung von Menschen und Management von Prozessen in der Veränderung; medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2016, 355 S. 79,99 €
ISBN: 978-3-86216-136-2

Im Gesundheitswesen bekommen berufsgruppenübergreifende Führungskonzepte eine immer größere Bedeutung. Dieses Buch beschreibt die Unterschiede zwischen dem Management von Prozessen und der Führung von Menschen.

Schlafdauer, körperliche Aktivität und das Maß der Fettleibigkeit bei Erwachsenen

In den letzten Jahren hat sich die Anzahl der fettleibigen Personen mehr als verdoppelt. Bedingt durch den zunehmenden Fortschritt der Technologie sowie dem daraus resultierenden veränderten Lebensstil, kommt es verstärkt zu sesshaften Tätigkeiten und zur Verringerung der Schlafdauer. Nachweislich sind diese Einflüsse Risikofaktoren für eine Gewichtszunahme und Fettleibigkeit.

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass körperliche Inaktivität im Zusammenhang mit Fettleibigkeit steht. Längere sitzende Tätigkeiten wie das Arbeiten am PC, Fernsehen und Videospiele spielen sowie das Bewegungsverhalten (mit dem Auto fahren statt zu Fuß gehen) gelten als Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes Typ II und weitere Erkrankungen.

Daneben stehen auch bestimmte Schlaffaktoren in Verbindungen zu Fettleibigkeit. So zeigen beispielsweise Studien, dass ein höherer BMI mit einer kürzeren Schlafdauer korreliert.

Wie genau all diese Faktoren in Verbindung zur Fettleibigkeit ausgerichtet sind, ist jedoch nicht eindeutig. Beide Aspekte, Aktivität und Schlafverhalten, wurden jedoch als Risikofaktoren für weitere Erkrankungen erkannt.

Die Autoren der hier vorgestellten Untersuchung stellten sich zum einem die Frage, wie Fettleibigkeit mit wenig, mäßiger und intensiver Aktivität zusammenhängt und zum anderen, welche Verbindung zwischen Schlafdauer und Fettleibigkeit besteht. Fettleibigkeit wurde mittels BMI und Taillenumfang in cm gemessen.

Diese Untersuchung ist eine Teilauswertung einer großen nationalen Studie aus den USA aus den Jahren 2009–2010. Die Teilnehmer gaben per Fragebogen eine Selbstauskunft zum Gesundheitsstatus und Ernährungszustand.

Es wurde eine Stichprobe von 337 Teilnehmern (161 Männer und 176 Frauen) ausgewertet. Der durchschnittliche BMI betrug 29,1. Die mittlere Schlafdauer lag bei weniger als 7 Stunden und sitzende Tätigkeiten bei mehr als 5 Stunden pro Tag.

Es gab eine statistisch signifikante Korrelation zwischen Taillenumfang und sitzender Tätigkeit sowie eine signifikante negative Korrelation zwischen Schlafdauer und Taillenumfang. Das heißt Personen mit kurzer Schlafdauer zeigten häufiger einen größeren Taillenumfang. Die Ergebnisse zeigten keine Verbindung zwischen der Dauer des Schlafes und intensiver, mäßiger oder sitzender Aktivität.

Zur Unterstützung der jüngsten Literatur, fand diese Studie heraus, dass die Dauer des Schlafes und sitzende Tätigkeiten bei Erwachsenen mit der Fettleibigkeit, gemessen durch den Taillenumfang, zusammenhängen. Zur Ver-

meidung von weiteren Erkrankungen sollten Patienten über die Bedeutung von Aktivität beraten und geschult werden. Weiterhin zeigte sich, dass der BMI zur Messung von Fettleibigkeit nicht als exklusives Maß herangezogen werden sollte, sondern auch der Taillenumfang der Patienten.

Quelle:
Elder BL, Ammar EM & Pile D (2016) Sleep Duration, Activity Levels, and Measures of Obesity in Adults. *Public Health Nurs* 33, 200-205.

Kommentar



Die Ergebnisse der Studie wurden in dem Artikel nur sehr kurz dargestellt, was die Verständlichkeit und die Aussagekraft der Erhebung verringert. Sie spiegeln die in der Literatur vorhandenen Aussagen wieder und bekräftigen deren Standpunkt. Es werden zwar Angaben zu statistisch signifikanten Korrelationen gemacht, aber inwiefern die Aspekte einander bedingen, ist nicht erkennbar. Die Autoren limitieren ihre Studie und fordern unter anderem die Durchführung von weiteren Erhebungen wie beispielsweise Längsschnittstudien mit wiederholten Messungen zur Schlafdauer, Aktivität und Fettleibigkeit, um Art und Ausmaß der Beziehungen zu klären.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Simone Kuntz**, wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Forschungsgruppe Geriatrie-AG Pflegeforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: Simone.Kuntz@charite.de

› Betriebliche Gesundheitsförderung

Prüfungsangst, depressive Symptome und Stress beim Pflege-Nachwuchs

CHRISTOPH AUGNER

Stress, psychische Symptome und die damit verbundene Burnout-Problematik bei beruflich Pflegenden sind seit langem ein heiß diskutiertes Thema. Wenig Aufmerksamkeit dagegen erhielten diese Fragestellungen bei den Auszubildenden. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit Häufigkeit und Zusammenhängen von psychischen Symptomen bei Schülern der Gesundheits- und Krankenpflege sowie mit Konzepten, wie im Rahmen der Ausbildung damit umgegangen werden kann.



Foto: contrastwerkstatt/Fotolia

Erst in jüngerer Zeit häufen sich Arbeiten, die sich mit dem psychischen Gesundheitszustand der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege auseinandersetzen. Es gibt Hinweise, dass Burnout-Symptome während der Ausbildung Auswirkungen auf die zukünftige Berufstätigkeit haben und Kompetenzprobleme sowie den Wunsch, den Arbeitsplatz oder den Beruf zu verlassen mit sich bringen (Rudman & Gustavsson 2012). Eine der wichtigsten Quellen für Stress sind Prüfungssituationen. Die Evidenz zeigt, dass die Angst vor Prüfungssituationen ein zentraler Stressor mit physiologischen Auswirkungen sein kann (Simic & Manenica 2012; Zhang et al; 2011).

Zusammenhänge zwischen Prüfungsangst und psychischen Parametern

In einer Pilotstudie hat sich meine Forschungsgruppe mit dem Themenkomplex Prüfungsangst, depressive Symptome und chronischer Stress beschäftigt (vgl. Augner 2015). Ziel dieser Querschnitt-Erhebung an einer Ausbildungsstätte für Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich war die Identifizierung von statistischen Zusammenhängen zwischen Prüfungsangst und psychischen Variablen. 112 Auszubildende (91,07% weiblich) nahmen an der Studie teil. Zur Anwendung kamen die folgenden standardisierten Fragebögen:

- der Prüfungsangstfragebogen (PAF) (Hodapp et al. 2011)
- der Fragebogen zur Messung der psychischen Befindlichkeit (WHO-5) (Lowe et al. 2004)
- der Fragebogen zum Essverhalten (SCOFF) (Hölling & Schlack 2007)
- eine Übersetzung des Fragebogens für Coping-Strategien (CSI-SF) (Addison et al. 2007)
- der Kurz-Persönlichkeitsfragebogen (TIPI) (Gosling et al. 2003)
- der Trier Chronischer Stress Fragebogen (TICS) (Schulz et al. 2004)
- eine selbst erstellte Symptomliste, die nach der Häufigkeit von Allgemein-Symptomen fragt

Die Studie zeigte relativ hohe Prüfungsangst-Werte bei den Studierenden der Pflege: Im Vergleich zu einer weiblichen Referenzstichprobe Studierender aller Fächer wies die Gesamtskala als auch drei von vier Subskalen höhere Werte auf (vgl. Tabelle 1). Der Prozentsatz an hoch chronisch gestressten Pflege-Studierenden war mit 22,3% mehr als viermal so hoch als in der Referenzstichprobe von Studierenden aller Fächer (vgl. Schulz et al. 2004). Prüfungsangst war hochsignifikant assoziiert mit der

- Anzahl der Arbeitsstunden ($r=0.25$),
- negativer psychischer Befindlichkeit (WHO-5) ($r=0.52$),
- emotionaler Stabilität ($r=-0.31$),
- chronischem Stress ($r=0.65$) (für alle $p<0.01$).

Im Rahmen einer stufenweisen Regressionsanalyse war chronischer Stress der beste Prädiktor für Prüfungsangst mit einem Varianzanteil von 41%.

Insgesamt zeigte sich, dass die PAF-Subskalen „Aufgeregtheit“ und „Besorgtheit“ weniger stark mit psychologischen Outcome-Variablen in Zusammenhang standen als „Interferenzen“ (Schwierigkeiten sich auf die Aufgabe zu konzentrieren) und Mangel an Zuversicht (kein Vertrauen in die eigene Leistung) (Hodapp et al. 2011). Dieser Befund wird

	Pflege*		alle Fächer**		Diff
	M	SD	M	SD	
1. Vertraue auf Leistung	2,08	0,79	2,09	0,74	
2. Denke wie wichtig die Prüfung ist	3,04	0,86	3,13	0,87	
3. Gedanken, die blockieren	2,26	0,88	2,05	0,89	+
4. Zuversichtlich was Leistung betrifft	2,21	0,87	2,41	0,76	
5. Denke an andere Dinge	2,33	0,89	1,83	0,84	+
6. Denke, wie wichtig gutes Ergebnis ist	3,20	0,83	2,76	0,87	+
7. Ungutes Gefühl, und verliere Faden	1,85	0,93	1,64	0,75	+
8. Herz schlägt bis zum Hals	2,38	1,03	2,07	0,97	+
9. Mache mir Gedanken über Abschneiden	2,88	0,89	2,66	0,88	+
10. Fühle mich ängstlich	2,10	0,93	2,07	0,93	+
11. Vergesse, weil zu sehr mit mir beschäftigt	1,56	0,74	1,64	0,74	
12. Bin mit mir zufrieden	2,16	0,84	2,38	0,79	
13. Gedanken, wie Zeugnis aussehen wird	2,77	1,02	2,49	0,96	+
14. Zittere vor Aufregung	2,18	1,05	1,72	0,92	+
15. Aufgabe unterbrochen, weil mir Nebensächliches einfällt	1,96	0,77	1,79	0,77	+
16. Beklemmendes Gefühl	1,93	0,89	2,01	0,91	
17. Denke, dass ich alles schaffe	2,04	0,95	2,49	0,82	
18. Mache mir Sorgen, was passiert, wenn ich schlecht abschneide	2,61	0,99	2,43	0,92	+
19. Aufgeregt	2,96	0,96	2,99	0,93	
20. Überzeugt, dass ich gut abschneide	2,44	0,91	2,80	0,74	
Skala Aufgeregtheit	11,54	3,74	10,86	3,69	+
Skala Besorgtheit	14,48	3,39	13,46	3,38	+
Skala Interferenz (Schwierigkeiten sich zu konzentrieren)	9,96	3,05	8,94	3,00	+
Skala Mangel an Zuversicht	10,95	3,56	12,17	3,04	
Gesamtskala Prüfungsangst	46,90	9,21	45,44	9,28	+

Anmerkungen:

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung; Antwortkategorien: 1=fast nie, 2=manchmal, 3=oft, 4=fast immer

*Ergebnisse der vorliegenden Studie (n=112)

**Referenzstichprobe des Prüfungsangstfragebogens (deutsche Studierende aller Fächer), es wurden die Ergebnisse der Frauen gewählt, da die Studiengruppe zu >90% aus Frauen besteht (n=792; Hodapp u.a., 2011, S.24).

Tabelle 1: Ergebnisse der Befragung von Pflege-Studierenden im Vergleich zu Studierenden aller Fächer

auch in der Literatur gestützt. So wurde erst kürzlich gezeigt, dass – umgekehrt zum Mangel an Zuversicht – hoffnungsvolles Denken signifikant mit guten Prüfungsergebnissen korreliert (March & Robinson 2015).

Die psychosoziale Belastungssituation von Pflege-Studierenden ist auch in anderen Arbeiten gut dokumentiert. Hausmann zeigte, dass das Burnout-Level bei Pflege-Studierenden vergleichbar war mit jenem der Berufsausübenden (Hausmann 2009). Jimenez et al. (2010) identifizierten klinische und akademische Stressoren bei Pflege-Studierenden, die zu psychischen (z.B. Angst) und somatischen Symptomen führen können. Eine frühere Erhebung zeigte, dass mehr als die Hälfte der fortgeschrittenen Pfl-

ge-Studierenden hohen Stress-Level aufweisen (Hegge & Larson 2008).

Mehrmals wurde in den Arbeiten auf die Notwendigkeit von passenden Beratungsangeboten in den Ausbildungsstätten hingewiesen (z.B. Hegge & Larson 2008; March & Robinson 2015; Khalaila 2015). Allerdings wurden solche Angebote bisher nur sehr eingeschränkt entwickelt und evaluiert. Aktuelle Studien zeigten, dass Achtsamkeits-Interventionen in der Lage sind, Depressivität, Angst und Stress zu reduzieren und die Aufmerksamkeit zu steuern sowie die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern (Spadaro & Hunker 2016; Song & Lindquist 2015).

Im Folgenden soll ein integratives Beratungskonzept zu Unterstützung von

Pflege-Studierenden bei psychosozialen Belastungen skizziert werden, das wesentlich auf einige Grundelemente der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) zurückgreift (Frögéli et al. 2015).

Beratungsangebote

Es gibt verschiedene Formate, mit denen eine Ausbildungsorganisation Studierende mit hoher Prüfungsangst unterstützen kann:

- Vertrauenslehrersystem,
- Coaching/Beratungsstelle,
- Angebote im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie
- den Psychologie-Unterricht.

Das hier beschriebene Beratungsangebot für Studierende der Gesundheits-



Literatur

Addison CC, Campbell-Jenkins BW, Sarpong DF, Kibler J, Singh M, Dubbert P, Wilson G, Payne T, Taylor H. Psychometric evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study Cohort. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2007;4(4):289–295.

Augner C. (2015). Depressive Symptoms and perceived chronic stress predict test anxiety in nursing students. *Cent Eur J Nurs Midw* 6(3):291–297.

Augner C. (2013). Keeping health professionals' healthy and at work: why prevention has to start during education and should never stop. *Journal of Biosafety and Health Education*. 1:e112. doi: 10.4172/2332-0893.1000e112.

Frögéli E, Djordjevic A, Rudman A, Livheim F, Gustavsson P (2016). A randomized controlled pilot trial of acceptance and commitment training (ACT) for preventing stress-related ill health among future nurses. *Anxiety Stress Coping* 29(2):202–218.

Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*. 2003;37(6):504–528.

Hausmann C. Burnout bei österreichischen PflegeschülerInnen. *Pflege*. 2009;22(4):297–307.

Hegge M, Larson V. Stressors and coping strategies of students in accelerated baccalaureate nursing programs. *Nurse Educator*. 2008;33(1):26–30.

Hodapp V, Rohrmann S, Ringeisen T. PAF – Prüfungsangstfragebogen. *Tests Info*. Göttingen: Hogrefe; 2011.

Hölling H, Schlack R. Eating disorders in children and adolescents. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 2007;5(6):794–799.

Jimenez C, Navia-Osorio PM, Diaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(2):442–455.

Khalaila R (2015). The relationship between academic self-concept, intrinsic motivation, test anxiety, and academic achievement among nursing students: mediating and moderating effects. *Nurse Educ Today* 35(3): 432–438.

Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*. 2004;78(2):131–140.

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt

Christoph Augner, Uniklinikum Salzburg, IGGMB Gesundheitsforschungsinstitut

Kontakt: c.augner@salk.at

und Krankenpflege folgt dem Coaching/Beratungsstellen-Ansatz. Arbeitspsychologen stehen einmal in der Woche im Rahmen einer Sprechstunde zur Verfügung. Das Angebot wird im Intranet der Organisation bzw. per Smartphone-Newsletter beworben. Weiterführende Beratungen werden individuell vereinbart. Die Beratungssequenz „Prüfungscoaching“ besteht aus insgesamt drei Sitzungen. Dazu wurde ein Stufenkonzept entwickelt:

1. Einführungsgespräch, Fragebogen-screening
2. Problemanalyse und Zielentwicklung (unangenehmes Erleben, Vermeidungsverhalten)
3. Prioritäten und Werte – was ist mir wirklich wichtig?
4. Beobachterselbst, Achtsamkeit und Konzentration
5. Evaluierung

In **Stufe 1** wird das Ausmaß der Prüfungsangst bzw. des subjektiven Stressempfindens mittels standardisierten Fragebögen erfasst. Das Ergebnis dient als Grundlage für das Gespräch mit dem Studierenden bzgl. Problemanalyse und Zielentwicklung: was möchte der Studierende gerne ändern, was wäre ein wünschenswerter und realistischer Zustand bzgl. seiner Ängste vor Prüfungen (**Stufe 2**)? In **Stufe 3** geht es schließlich um die Frage der Prioritätensetzung und Werte im Bezug auf Leistungssituationen.

Stufe 4 liefert schließlich konkrete Hinweise, wie man maladaptive Verhaltensmuster ändern kann. Dabei kommen wiederum den Ergebnissen des

Fragebogenscreenings eine besondere Bedeutung zu: Steht Aufregung in der Prüfungssituation im Vordergrund, werden hier beispielsweise Entspannungsverfahren vermittelt. Geht es um Interferenz (gestörte Konzentration), erfolgt eher ein Training der Konzentrationsfähigkeit. Steht Mangel an Zuversicht im Mittelpunkt, könnte beispielsweise an der kognitiven Umstrukturierung gearbeitet werden. Wenn die Besorgnis und Grübeln besonders ausgeprägt sind, werden z.B. Achtsamkeitsübungen angeboten (vgl. Hodapp et. 2011).

Fazit

Prüfungsangst, depressive Symptome und chronischer Stress sind wesentliche Faktoren, die das subjektive Wohlbefinden während der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung negativ beeinflussen können. Zudem besteht die Gefahr, dass Gesundheitsprobleme, die in dieser Phase auftreten, auch während der Berufstätigkeit bestehen bleiben bzw. sich verstärken und ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Beruf wahrscheinlicher machen (vgl. Augner 2013). Gesundheitsförderung und Prävention sollten daher schon während der Ausbildung beginnen. Im Bereich der Prüfungsangst wurde hier ein entsprechendes Beratungsangebot für Studierende skizziert, dessen Wirksamkeit noch überprüft werden muss. Zudem sind ganzheitliche Gesundheitsförderungsansätze für die diskutierte Zielgruppe zu entwickeln. <<

Zusammenfassung

Prüfungsangst in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist ein häufiges Phänomen, das meist mit schlechterer psychischer Befindlichkeit, emotionaler Instabilität und chronischem Stress einhergeht – alles Faktoren, die nicht nur negative Auswirkungen auf die Studienleistung während der Ausbildung haben, sondern auch die zukünftige Berufstätigkeit negativ beeinflussen können. Umso wichtiger ist es – im Sinne einer ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsförderung – bereits in der Ausbildung mit präventiven Maßnahmen zu beginnen, die darauf abzielen, Stress zu reduzieren und die psychische Befindlichkeit zu verbessern. Eine dieser Maßnahmen ist die Reduzierung der Prüfungsangst über eine institutionalisierte, individuelle Beratung. Der vorliegende Beitrag zeigt eine mögliche Vorgehensweise, in der die sorgfältige Analyse der Prüfungsangst und Achtsamkeitselemente eine wichtige Rolle spielen.

Schlüsselwörter: *Prüfungsangst, Krankenpflegeausbildung, Prävention*

> Unterrichtskonzept

Förderung von Rauchfreiheit und gesundem Lebensstil

ANJA MÜLLER & ANDREA REUSCH

Der Anteil an Rauchern ist in Pflegeberufen deutlich höher als in der gesamten deutschen Bevölkerung, und auch Pflegeschülerinnen und -schüler rauchen deutlich mehr. Doch woran liegt das, und lässt sich dieser Anteil senken? Stress und Stressabbau, ein gesunder oder ungesunder Lebensstil und andere Faktoren werden in zwei Projekten überprüft. Mit deren Hilfe könnte in Zukunft der Tabakkonsum verringert werden.

Rauchen im Pflegeberuf

Obwohl generell ein Trend zum Nicht-rauchen zu verzeichnen ist, raucht nach wie vor ca. ein Viertel der deutschen Bevölkerung (DKFZ 2015). Interessant dabei ist, dass gerade der Pflegeberuf ein Risikofaktor für das Rauchen darstellt. Der Anteil rauchender Pflegekräfte lag laut Mikrozensus 2013 bei ca. 30%, in der Altenpflege sogar bei 40% (DKFZ 2015). Doch schon während der Pflegeausbildung ist die Rauchquote deutlich erhöht (Kröger et al. 2006). Aktuelle Studien berichten von 45% bis 49% in der Krankenpflege sowie 42% bis 78% in der Altenpflegeausbildung (Schulze et al. 2014; Müller et al. 2015).

Warum rauchen Pflegendе und Auszubildende?

Pflegekräfte im stationären Bereich gelten aufgrund der hohen körperlichen, psychischen und organisationsbedingten Anforderungen als besonders belastet (DAK-BGW Gesundheitsreport 2005).

In einem von dem Bundesministerium für Gesundheit gefördertem Projekt haben wir ein Unterrichtskonzept zum Thema „Rauchen und gesunder Lebensstil“ entwickelt und erprobt. Zunächst wurden aber Pflegeschüler zu ihrer Stresssituation befragt.

Die häufigsten Belastungen der Schüler in unserer Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt (Müller et al. 2015). Die meisten Schüler sind durch „zu viele Patienten“, „häufige Arbeitsunterbrechungen“ und „Zeitdruck“ belastet. Unsere Befragungen zeigten jedoch ebenfalls, dass rauchende Auszubildende häufig schon vor der Ausbildung mit dem Rauchen beginnen (Müller et al. 2015), sodass auch andere Gründe eine Rolle spielen können.

Sicher ist, dass Rauchen für viele Menschen eine Möglichkeit darstellt, Stress zu reduzieren. Die Wirkung der Zigarette kann sowohl leistungssteigernd als auch entspannend sein, was das Rauchen besonders attraktiv macht (DKFZ 2015). Im Pflegeberuf bietet die Zigarette vor allem eine ungestörte Pause. In der Aus-

bildung können schulische und berufliche Belastungen den Griff zur Zigarette begünstigen. Zudem können soziale Motive wirken, wie z.B. das Zugehörigkeitsgefühl zu rauchenden Mitschülern (Kolleck 2004).

Handlungsbedarf

Trotz der vermeintlichen Vorteile des Rauchens wird durch das Rauchen die eigene Gesundheit aufs Spiel gesetzt. Rauchen ist nach wie vor die größte vermeidbare Todesursache (DKFZ 2015). Die gesundheitlichen Schäden sind bekannt, Pflegekräfte sind durch Patienten häufig mit den Folgen des Rauchens konfrontiert. Doch nicht nur die Gesundheit ist gefährdet, auch die Vorbildfunktion gegenüber Patienten kann ungünstig beeinflusst werden (Vitzthum et al. 2012).

Es ist deshalb sinnvoll, bereits in der Ausbildung damit zu beginnen, das Nichtrauchen zu fördern. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt seit 2013 zwei Projekte, PA-TRES (Würzburg) und astra (Berlin, München &

Belastungsfaktoren	ja, genau	eher ja	eher nicht	gar nicht	Anzahl Antworten
zu viele Patienten	249	163	66	14	492
häufige Arbeitsunterbrechungen	152	226	103	11	492
zu viele patientenferne Aufgaben	106	197	149	41	493
Zeitdruck	95	219	155	25	494
Patienten rufen wegen Kleinigkeiten	75	215	181	22	493
mangelnde Motivation der Patienten	63	231	160	39	493
aggressive Patienten	34	118	253	88	493
körperlicher Verfall der Patienten ist belastend	31	121	234	106	492
Aussichtslosigkeit auf Besserung	15	119	251	104	489
unbequeme Patienten	15	60	313	103	491

Tabelle 1: Wahrgenommene Belastungen von Pflegeauszubildenden der PA-TRES-Stichprobe (Müller et al. 2014)

	Thema insgesamt	Nutzen für Alltag	Vortrag, Moderation der Dozentin
Lebensstiländerung	2,01	2,33	1,61
Raucherberatung	2,63	3,01	1,87
Stressbewältigung	2,18	2,38	1,76

Tabelle 2: Schulnotenbewertung der drei Unterrichtsblöcke

Hannover), mit dem Ziel, bereits in der Pflegeausbildung den Raucheranteil zu reduzieren bzw. den Einstieg ins Rauchen zu verhindern. Die Konzepte von PA-TRES und astra (www.astra-programm.de) sind eng verzahnt und können integriert genutzt werden.

PA-TRES

Das PA-TRES-Projekt befasste sich mit der Frage, wie Tabakkonsum in Pflegeberufsfachschulen verhindert oder reduziert werden kann. In der Entwicklungsphase (1) wurde überprüft, wie ein solches Präventionskonzept gestaltet sein muss, um den Bedürfnissen von Lehrenden und Auszubildenden zu entsprechen und von den Auszubildenden positiv bewertet zu werden. In der zweiten Phase (2) wurde die Wirksamkeit des Konzepts auf Zielgrößen wie etwa den Anteil der Rauchenden und das Wissen zum Tabakkonsum überprüft. Zudem wurde untersucht, ob Rauchende einen ungesünderen Lebensstil, ungünstigeres Stresserleben und -bewältigung aufweisen als Nichtraucher.

Entwicklungsphase

Zur Entwicklung eines geeigneten Konzepts wurden zunächst Literaturrecherchen durchgeführt. Etablierte Interventionskonzepte wie Methoden der Raucherkurzberatung (z.B. Fiore et al. 2008; Perkins et al. 2008) und gesundheitspsychologische Modelle wie das Health-Action-Process Approach-Model (HAPA, Schwarzer 2008) oder das Trans-theoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM, Prochaska & DiClemente 1984) bilden den theoretischen und praktischen Hintergrund. Im Sinne eines bottom-up-Prozesses wurden Auszubildende sowie Schulleitungen und Lehrkräfte durch Fokusgruppen und schriftliche Befragungen in die Konzeptentwicklung miteinbezogen. Es wurde von allen drei Seiten gewünscht, Interventionen in Form von Unterrichtseinheiten durchzuführen. Zudem sollten die Themen „gesunder Lebensstil“ sowie

„Stressbewältigung“ mit in das Konzept aufgenommen werden.

Am Ende der Konzeptentwicklung stand ein partizipativ entwickeltes, 15-stündiges, für alle Schüler verpflichtendes Unterrichtskonzept zu den Themen:

- gesunder Lebensstil
- Raucherberatung
- Stressbewältigung

Das Unterrichtskonzept wurde anschließend in drei Klassen erprobt. Die gewählten Inhalte und Methoden waren größtenteils gut im Zeitplan umsetzbar.

Die Teilnehmenden beurteilten den Unterricht mit Schulnoten bezogen auf die Themen als gut bis befriedigend (Mittelwerte zwischen 2,01 und 2,63), den Nutzen der Themen für den Alltag als gut bis befriedigend (Mittelwerte zwischen 2,38 und 3,01) und die Moderation der Dozentin als sehr gut bis gut (Mittelwerte zwischen 1,61 und 1,87).

Insgesamt war das Konzept gut durchführbar und wurde von den Schülern gut akzeptiert. Einige Erfahrungen und Rückmeldungen führten zu geringfügigen Anpassungen des Konzepts.

Das finale PA-TRES Unterrichtskonzept beinhaltet somit 12 Stunden à 45 Minuten. Das vollständig ausgearbeitete Manual und sämtliche Materialien zur Präsentation und Durchführung von Übungen sind auf der Homepage www.pa-tres.de zur Verfügung gestellt.

PA-TRES Unterrichtskonzept

Das PA-TRES Unterrichtskonzept gliedert sich in die drei Blöcke

- „Gesunder Lebensstil“,
- „Raucherberatung“ und
- „Stressbewältigung“.

Das Konzept weist eine Vielfalt didaktischer Methoden mit praktischen Einheiten wie z.B. Bewegungs- oder Entspannungsübungen auf. Ein Kernpunkt des Konzepts war es, die Auszubildenden bei allen Themen zur Selbstreflexion anzuregen.

Block I

Gesunder Lebensstil

Block I beschäftigt sich mit der Frage, was sich seit Beginn der Ausbildung bei den Schülern hinsichtlich des Lebensstils, insbesondere in den Bereichen Bewegung, Essen und Rauchen, verändert hat. Durch Ernährungs- und Bewegungsprotokolle werden die Auszubildenden angeleitet, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren, in Bezug auf die Gesundheit zu beurteilen und Änderungsziele zu entwickeln. Der Prozess einer Lebensstiländerung, von der Motivation über die konkrete Zielsetzung, Handlungs- und Bewältigungsplanung, wird in diesem Block theoretisch und praktisch durchgearbeitet.



Abbildung 1: Bewegungsübung im Freien – Block I Lebensstiländerung

Block II

Rauchen und Raucherberatung

Block II beinhaltet das Thema Raucherberatung und Gesprächsführung mit rauchenden Patienten. Hierbei wird auf die professionelle Rolle im Pflegeberuf fokussiert. Die Auszubildenden werden angeleitet, Motive verschiedener rauchender Personen zu erkennen und in Abhängigkeit von der „Aufhörmotivati-on“ angemessene Gespräche zu führen. Hierbei werden etablierte Konzepte und Strategien besprochen und geübt. Außerdem werden unterschiedliche Tabakentwöhnungsangebote vermittelt, die an Patienten weitergegeben bzw. von den rauchenden Auszubildenden selbst genutzt werden können. Im letzten Teil werden verhältnispräventive Ideen diskutiert.

Block III

Stressbewältigung

In Block III befassen sich die Schüler mit Stress, Stressbewältigung und Burnout. Jeder Auszubildende erfasst zunächst seinen individuellen Stress mit Stressoren und eigenen Stressreaktionen (Kaluza 2012). Die Schüler werden angeleitet, individuelle Strategien der Stressbewältigung für sich zu finden. Das Stressmanagement nach Kaluza (2012) wird hierzu vermittelt und auch viele verhältnispräventive Anregungen für Schul- und Praxissituationen ange-regt und diskutiert.

Überprüfung der Wirksamkeit des Konzepts

Fragestellungen und Zielgrößen

Die zweite Projektphase hatte folgende Ziele:

- Die Wirksamkeit des PA-TRES Konzepts sollte untersucht werden. Hierzu wurde primär der Einfluss auf den Anteil an Rauchenden und deren Wissen, sekundär der Einfluss auf Motivation, Volition (bewusste Umsetzung von Zielen in konkrete Handlungspläne) und Verhalten in den Bereichen Rauchen, Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung überprüft. Auch die psychische Belastung und Beanspruchung der Auszubildenden wurde erfasst.
- Weiterhin sollte untersucht werden, ob Rauchende auch insgesamt einen ungesünderen Lebensstil, ungünstigeres Stresserleben und -bewältigung zeigen als Nichtraucher.

Studiendesign und Analysemethoden

Die Effekte des 12-stündigen Unterrichtskonzepts wurden in einer Kontrollgruppenstudie überprüft. 12 Pflegeschulen wurden zufällig einer von zwei Bedingungen zugewiesen:

1. die Interventionsgruppe (IG), hier erhielten insgesamt 11 Klassen den PA-TRES-Unterricht und
2. die Kontrollgruppe (KG) mit 12 Klassen, die keinen zusätzlichen PA-TRES-Unterricht erhielten.

Die Daten wurden in allen Klassen mittels Fragebögen zu drei Messzeitpunkten (T1: Frühjahr 2014, T2: Herbst 2014, T3: Winter 2014/2015) erhoben, der Unterricht von März 2014 bis Juli 2014 in den Interventionsklassen durchgeführt. Effekte zwischen IG und KG zu T2 und T3 unter Berücksichtigung der Ausgangslage T1 wurden jeweils mittels Mehrebenenmodellen (Random-Coefficient-Modelle) berechnet (Geiser 2010; Aguinis et al. 2013).

Stichprobe

Insgesamt nahmen n=460 Auszubildende an der Studie teil (weiblich: 81%, Altersdurchschnitt 22,2 Jahre). Sechzig Prozent der Auszubildenden befanden sich im ersten, die übrigen im zweiten Lehrjahr. 60% waren in der Krankenpflege-, 10% in der Kinderkrankenpflege- und 28% in der Altenpflegeausbildung.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass von den 460 untersuchten Auszubildenden in beiden Gruppen (IG und KG) bereits zum ersten Messzeitpunkt ein überdurchschnittlich hoher Anteil rauchte (45%). Die rauchenden Auszubildenden gaben an,

fast täglich und im Durchschnitt etwa zehn Zigaretten pro Tag zu rauchen. Sie waren relativ gering motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören und suchten wenig professionelle Unterstützung. Der Anteil der Rauchenden stieg in der Interventionsgruppe an (T2: 55%; T3: 49%), während er in der Kontrollgruppe lediglich zu T3 anstieg (T2: 45%; T3: 47%). Die Veränderungen von T1 und T2 zwischen IG und KG sind statistisch bedeutsam ($p=0.006$), nicht aber die Unterschiede von T1 und T3 zwischen IG und KG ($p=0.298$).

Nach der Durchführung des PA-TRES-Unterrichts steigerte die IG ihr Wissen von 18,5 auf 19 Punkte von 33 erreichbaren Punkten im Wissenstest, während sich die KG ohne PA-TRES-Unterricht nicht verbesserte (T1: 18,56 und T2: 18,66 Punkte). Dieser Unterschied zwischen IG und KG war jedoch statistisch nicht signifikant ($p=0,751$). Demnach hat sich auch die erwartete Wissensverbesserung ein halbes Jahr später nicht mehr nachweisen lassen. Hinsichtlich Motivation, Volition und Verhalten bezogen auf Rauchen, Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollbedingung. Lediglich im Stresserleben zeigte die IG gegenüber der KG zum dritten Messzeitpunkt günstigere Werte.

Methodische Einschränkungen

Die fehlenden Effekte könnten einerseits durch psychologische Faktoren erklärt werden. So war beim Thema Rauchen bei manchen Auszubildenden eine deutliche Reaktanz zu spüren. Weiterhin könnte eine Rolle spielen,

I. Lebensstiländerung

1. Bewegung
2. Essen
3. Rauchen
4. Lebensstiländerung

Was hat sich im Ausbildungsalltag verändert? Was möchten Sie verändern und wie können Sie das machen?

II. Raucherberatung

5. Rauchmotive und Rauchen als Sucht
6. Tabakentwöhnung & Kurzberatung
7. Motivierende Gesprächsführung
8. Verhältnisprävention Rauchen

Warum rauchen Menschen und wie kann es ihnen gelingen wieder davon los zu kommen? Wie können Sie Raucher beraten?

III. Stressbewältigung

9. Stress, Stresstrias
10. Stressbewältigung
11. Burnout & Burnoutprävention
12. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Was ist Stress, wie kann er bewältigt werden? Was sind dabei Besonderheiten in der Ausbildung und im Pflegeberuf?

Abbildung 2: Die 12 Unterrichtseinheiten im Überblick

	Nicht-Rauchende		Rauchende		p	Cohens d
	M	SD	M	SD		
Wissen	17,97	4,32	18,64	4,11	0,136	0,33
Arbeitsbelastung						
**quantitative Arbeitsbelastung	2,90	0,60	3,00	0,58	0,027	0,13
**qualitative Arbeitsbelastung	2,24	0,48	2,31	0,47	0,339	0,10
**Stresserleben	2,78	0,88	3,28	0,77	<0,001	0,55
Stressbewältigungsstrategien 14 Subskalen						
Ablenkung	2,93	0,63	3,00	0,65	0,212	0,09
Verleugnung	1,50	0,60	1,54	0,66	0,285	0,05
emotionale Unterstützung	3,01	0,81	2,89	0,79	0,654	-0,13
**Rückzugsverhalten	1,54	0,58	1,85	0,72	<0,001	0,39
positiv Umdeutung	2,91	0,70	2,92	0,69	0,967	0,01
**Humor	2,12	0,83	2,44	0,90	<0,001	0,34
**aktive Bewältigung	2,86	0,65	2,63	0,71	<0,001	-0,28
**Alkohol, Drogen	1,18	0,48	1,58	0,87	<0,001	0,49
**instrumentelle Unterstützung	2,79	0,80	2,64	0,80	0,001	-0,17
Emotionen ausleben	2,15	0,70	2,07	0,73	0,256	-0,09
Planung	2,90	0,66	2,93	0,64	0,622	0,04
Akzeptanz	2,64	0,71	2,79	0,74	0,077	0,18
**Selbstbeschuldigung	1,96	0,78	2,10	0,81	0,050	0,16
**Religion	1,66	0,85	1,51	0,72	0,009	-0,17
Lebensstil (Bewegung, Ernährung)						
Sport & Bewegung	349,07	256,16	353,71	256,97	0,953	0,29
**Bewegungsintention	3,46	0,80	3,27	0,91	<0,001	-0,21
**Sportintention	3,25	1,01	2,97	1,02	0,034	-0,28
Gesamternährung	9,58	4,44	10,38	4,44	0,820	0,38
**ausgewogene Ernährung	5,81	2,44	6,31	2,53	0,001	0,32
**gesunde Ernährung	19,98	7,12	22,23	7,560	0,018	0,83
**Intention gesunde Ernährung	3,28	0,84	3,00	0,96	0,020	-0,30
**Intention 5 Port. Obst & Gemüse	2,73	0,99	2,52	0,99	0,004	-0,21

Anmerkungen: ** signifikanter Unterschied zwischen Rauchenden und Nichtrauchenden, Cohens d positiv: R > NR, Cohens d negativ: R < NR

Tabelle 3: Unterschiede zwischen rauchenden und nichtrauchenden Pflegeschülern, im Befragungszeitraum vor dem PA-TRES-Unterricht, n=460

dass der Unterricht von einer externen Dozentin durchgeführt wurde und nicht von Lehrkräften, zu denen bereits ein Vertrauensverhältnis bestand. Andererseits spielten auch methodische Einschränkungen eine Rolle. Insbesondere mussten die Messzeitpunkte zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe standardisiert werden, sodass die Daten sechs und neun Monate nach dem PA-TRES-Unterricht sehr spät erfasst wurden. Mögliche Effekte hatten sich bis dahin ggf. wieder überholt oder waren verschwunden. Eine direkte Nachbefragung im Anschluss an den Unterricht hatte nicht stattgefunden.

Hier hätten sich möglicherweise Effekte abbilden lassen. Detaillierte Ergebnisse und Diskussionen finden sich im PA-TRES-Abschlussbericht unter www.pa-tres.de.

Ungesunder Lebensstil, Stresserleben und -bewältigung

Was die Lebensstilfaktoren angeht, so ergaben sich deutlich ungünstigere Werte bei den rauchenden Schülern (s. Tabelle 3). Im Vergleich zu den nichtrauchenden Mitschülern ernährten sie sich ungesünder und waren weniger

motiviert, sich gesund zu ernähren, sich zu bewegen und sogar Sport zu treiben. Zudem wiesen die rauchenden Auszubildenden einen höheren Body-Mass-Index auf (im Mittel 24) als nichtrauchende Auszubildende (im Mittel 23).

Die Ergebnisse in Tabelle 1 zeigen auch, dass sich rauchende Schüler sehr viel häufiger gestresst fühlten als nichtrauchende Schüler. Sie gaben zudem eine höhere quantitative Arbeitsbelastung an. Außerdem wurden von Rauchenden ungünstigere Stressbewältigungsstrategien genutzt (z.B ein höheres Rückzugsverhalten).

Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt lässt sich sagen, dass das Unterrichtskonzept in die verschiedenen Schulstrukturen sehr gut implementierbar ist und von den Auszubildenden gut akzeptiert und bewertet wurde. Der Anteil Rauchender konnte durch den PA-TRES-Unterricht nicht verändert werden. Die Ergebnisse geben jedoch deutliche Hinweise darauf, dass Rauchende mehr Stress bzw. Belastung auf der Arbeit erleben, ungünstigere Stressbewältigungsstrategien anwenden und sich ungünstiger ernähren, weshalb die Bearbeitung dieser Themen in der Ausbildung sinnvoll ist.

Der PA-TRES-Unterricht setzt hierzu erste Impulse. Es erscheint jedoch nicht ausreichend, lediglich drei Unterrichtsböcke durch eine externe Dozentin „einzuschieben“. Eine Einbettung der Themen in weitere Unterrichtseinheiten durch die Lehrkräfte selbst und zusätzliche flankierende Angebote zur Tabakentwöhnung und verhältnispräventive Maßnahmen in den Berufsfachschulen werden deshalb empfohlen.

Aus diesem Grunde wurde das PA-TRES-Projekt mit dem astra Projekt verknüpft und bietet nun unter dem Projektnamen „astra-plus“ verhaltens- und verhältnispräventive Module an. Interessierte Pflegeschulen können über Vorsorgeleistungen der DAK das Konzept in ihren Häusern einführen und werden hierzu intensiv betreut (nähere Informationen unter www.astra-programm.de). Für das PA-TRES-Unterrichtskonzept und zu motivierenden Gesprächen mit Auszubildenden werden jeweils eintägige Fortbildungen angeboten.

Die Rückmeldungen der teilnehmenden Berufsfachschulen, Lehrenden und Praxisanleitern aus beiden Projekten verdeutlichen, dass die Förderung eines gesunden Lebensstils, Tabakkonsumprävention und Stressbewältigung für ihre Auszubildenden als wichtig erachtet werden. Die Unterrichtsböcke aus PA-TRES und die Methoden und Werkzeuge von astra bieten den Schulen und Praxisorten hierzu ein breitgefächertes Angebot, das individuell abgestimmt genutzt und angepasst werden kann.

Danksagung

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die finanzielle und ideelle Förderung des Projekts sowie den Kollegen der Universität Würzburg (Katja Beck-Dossler, Prof. Dr. Silke Neuderth, Hans Wolf, Michael Schuler und Roland Küffner) und dem Parallelprojekt astra (Christa Rustler, Sabine Scheifhacker, Prof. Mathias Bonse-Rohmann, Ines Schweizer, Dr. Anneke Bühler und Katrin Schulze) für die inhaltliche Unterstützung und Kooperation. Nicht zuletzt sind wir den unterfränkischen Pflegeschulen, ihren Schulleitungen, Lehrenden und Auszubildenden für die praktische Beteiligung an der Konzeption, Durchführung und Evaluation zu großem Dank verpflichtet. <<



Literatur

Aguinis H., Gottfredson R.K., Culppepper S.A. (2013) Best-Practice Recommendations for Estimating Cross-Level Interaction Effects Using Multilevel Modeling. *Journal of Management*, 39 (6), S. 1490-1528.

DAK-Zentrale, BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.) (2005) DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Eigendruck, Hamburg.

DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010) Jahrbuch Sucht 2010. Pabst, Geesthacht.

DKFZ Deutsches Krebsforschungszentrum (2015) Tabakatlas Deutschland 2015. 1. Aufl. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Fiore M.C. et al. (2008) A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (2), S. 158-176.

Geiser C. (2010) Datenanalyse mit Mplus: Eine anwendungsorientierte Einführung. 1. Aufl. ed. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Kaluza G. (2012) Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen. Springer, Berlin/Heidelberg.

Kolleck B. (2004) Rauchen in der pflegerischen Ausbildung. *Pflege* 17 (2), S.98-104.

Kröger C. B., Piontek D., Donath C. (2006) Nichtrauchererschutz am Arbeitsplatz Krankenhaus - eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern und Krankenpflegeschulen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1077. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.

Müller A. et al. (2015) Projekt PA-TRES. Prävention und Reduktion von Tabakkonsum unter Auszubildenden in der Pflege. http://pa-tres.de/projekt/Abschlussbericht_PATRES_Juli2015.pdf, Zugriff am 01. Juli 2016.

Perkins K. A., Conklin C.A., Levine M.D. (2008) Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation. A Practical Guidebook to the Most Effective Treatments. Routledge, New York.

Prochaska J. O. & DiClemente C.C. (1984) Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Progress in clinical and biological research* 156, S. 131-140.

Schulze K., Bühler A., Bonse-Rohmann M., Schweizer I., Rustler C., Scheifhacker S. (2014) astra - Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege - Ein Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. *Die Schwester Der Pfleger*, 53, S. 992-895.

Schwarzer R. (2008) Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57 (1), S. 1-29.

Vitzthum et al. (2012) Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen - Analyse der Rauchgewohnheiten der Mitarbeiter, Konsequenzen für die Patientenbehandlung und Ressourcen für zukünftige Tabakentwöhnungsinitiativen. *Gesundheitswesen*, 74, S. 1-8.

Autorenkontakt

Anja Müller, Dipl.-Psychologin an der Universität Würzburg,
Kontakt: anja.b.mueller@uni-wuerzburg.de

Andrea Reusch, Dipl.-Psychologin an der Universität Würzburg
Kontakt: a.reusch@uni-wuerzburg.de

Zusammenfassung

Die Rauchquote in Pflegeberufen ist deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (DHS 2010). Das Bundesministerium für Gesundheit fördert deshalb die Projekte astra und PA-TRES zur Tabakkonsumprävention und -reduktion in der Pflegeausbildung. PA-TRES umfasste die Entwicklung und wissenschaftliche Bewertung eines Präventionskonzepts, mit dem Ziel, bereits in der Pflegeausbildung zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu motivieren, einen Einstieg in den Tabakkonsum zu verhindern und Rauchern den Ausstieg zu erleichtern. Kernelement ist ein 12-stündiges Unterrichtskonzept zu den Themen gesunder Lebensstil, Raucherberatung und Stressbewältigung.

Schlüsselwörter: *Tabakkonsumprävention, Pflegeunterricht, Lebensstiländerung*

> Narrative Rollenentwicklung

Advanced Practice Nursing

CHRISTIAN HENER

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor vielfältigen Herausforderungen, die sich u.a. aus den sich verändernden Bedarfslagen in der Bevölkerung und einer zunehmenden strukturellen Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung ergeben (RKI 2015, S. 439; FES 2011, S. 5). Die wesentliche Voraussetzung für ein bedarfsgerechtes und zugängliches Gesundheitssystem stellt eine leistungsfähige Primärversorgung dar (Boerma & Kringos 2015, S. 30f.). Eine bedeutende Ressource könnte hierbei die Pflege darstellen, insbesondere in Form von Advanced Practice Nurses (BT-Drs. 16/6339, S. 28; Boerma et al. 2015, S. 126).

Mit der Ergänzung des § 63 SGB V um den Absatz 3c (2008) und der Verabschiedung der Heilkundeübertragungsrichtlinie (2012) wurden wichtige Rahmenbedingungen für eine Etablierung von Advanced Practice Nursing in Deutschland geschaffen (Art. 8 Nr. 6 PfWG; HKÜtrRL). Bis dato existierte jedoch noch kein Modellprojekt (BT-Drs. 18/3672, S. 61).

Es stellt sich die Frage, wie das Rollenbild einer Advanced Practice Nurse in der deutschen Primärversorgung sein könnte. Um sich dieser Frage zu nähern, wurde eine narrative Rollenentwicklung auf der Grundlage der Rechtsvorschriften vorgenommen (Hener, 2015), deren zentrale Ergebnisse hier dargestellt werden.

Theoretischer Rahmen

Advanced Practice Nursing

Die Definitionen der Begriffe Advanced Practice Nursing, Advanced Practice Nurse und Advanced Nursing Practice nach Ullmann et al. (2011) sind in der Tabelle 1 aufgeführt.

Für Hamric (2014, S.71) ist APN die Anwendung eines erweiterten Spektrums von Kompetenzen in der direkten Patientenversorgung, mit dem Ziel die Gesundheitsergebnisse in einem spezialisierten Gebiet der klinischen Pflege zu verbessern. Ihr darauf gründendes „Integrative Model of Advanced Practice Nursing“ soll ein ganzheitliches Verständnis von APN vermitteln und auf alle APNs-Rollen übertragbar sein (Spröss 2014, S. 44).

Damit eine Pflegefachperson als APNs bezeichnet werden kann, müssen zunächst die primären Kriterien erfüllt sein. Hierzu gehört ein akademischer Abschluss mit einem relevanten Schwer-

punkt, eine nationale Lizenzierung auf einem fortgeschrittenen Niveau und eine Handlungspraxis, die an den Patienten und ihren Familien orientiert ist (Hamric 2014, S. 71).

Die zentrale Kompetenz ist die direkte klinische Praxis, welche den Ausgangspunkt zu den anderen Kompetenzen bildet. Dazu zählen die Anleitung und Schulung, die Beratung, das Evidenz-basierte Handeln, die Leitung, die Kollaboration, und die ethische Entscheidungsfindung (ebd. S.75f.).

Merkmale und Handlungspraxis einer Advanced Practice Nurse Rolle

APNs sind registrierte Pflegefachpersonen, die über Expertenwissen, Fähigkeiten für schwierige Entscheidungen und klinische Kompetenzen für ein erweitertes Handlungsfeld verfügen. Für den Berufseinstieg wird ein Masterabschluss benötigt (ICN 2009).

Weltweit existieren verschiedenste APNs-Rollen, die sich in ihren Merkmalen, Titeln, Arbeitsfeldern und Kompetenzen voneinander unterscheiden (Schober & Affara 2008, S. 62-76.). Die vier wichtigsten Rollen nach Hamric (2014, S. 78f.) sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Ullmann et al. (2011) haben aus diesen Rollenbildern sieben Subrollen identifiziert. Demnach ist eine APNs

- ein Praktikerin (direkte Patientenversorgung),

- eine Beraterin (Anleitung und Schulung von Pflege Techniken und -methoden),
- eine Lehrerin (Beteiligung an Ausfort- und Weiterbildung),
- eine Forscherin (Evidenz-basierte Praxis),
- eine Leiterin (Aufgabendelegation und Organisationsentwicklung),
- eine Vertreterin (Engagement für Patienten und Berufsgruppe) und
- eine Expertin (Bildungsgrad und Fachexpertise).

Die Handlungspraxis einer APNs umfasst die Domänen Bildung, Forschung, Management und Praxis. Sie verfügt über klinische Kompetenzen auf hohem Niveau und führt selbstständig Assessments, Diagnostik und Behandlungen bei Patienten durch, die sie eigenverantwortlich betreut (Case Management). Hierzu besitzt er die notwendigen Rechte und Befugnisse, z.B. zur Diagnostik, zur Verordnung von Medikamenten und Therapien, zur Einweisung in ein Krankenhaus oder zur Überweisung an andere Gesundheitsberufe (ICN 2009).

Der Ausprägungsgrad dieser Merkmale ist jedoch in starkem Maße von den regulatorischen Rahmenbedingungen in den jeweiligen Ländern abhängig (Schober & Affara 2008, S. 81-89).

Zwischen der Handlungspraxis einer APNs und der eines Arztes gibt es teilweise Überschneidungen. Schober und Affara (2008, S. 63) sehen darin eine Bereicherung des pflegerischen Dienst-

Advanced Practice Nursing (APN)	Das übergeordnete Konstrukt
Advanced Practice Nurse(s) (APNs)	Pflegende mit einer erweiterten Handlungspraxis
Advanced Nursing Practice (ANP)	Handlungspraxis von APNs

Tabelle 1: Begriffsdefinitionen (Ullmann et al. 2011)

Clinical Nurse Specialist (CNS)	Ein CNS versorgt Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen und ist beratend tätig
Nurse Practitioner (NP)	Ein NP versorgt Personengruppen mit leichten akuten und stabilen chronischen Erkrankungen
Nurse Midwife (NW)	Ein NW versorgt Frauen und Neugeborene im Rahmen der Gynäkologie und Geburtshilfe
Nurse Anesthetist (NA)	Ein NA versorgt Patienten unter Anästhesie und kümmert sich um das pharmakologische Management

Tabelle 2: Advanced Practice Nurse Rollen (Hamric 2014, S. 78f.)

leistungsspektrums. Für Hamric (2014, S. 71) werden die ursprünglich medizinisch besetzten Tätigkeiten zu pflegerischen Tätigkeiten, wenn sie unter pflegerischen Erfahrungen, Theorien und Philosophien durchgeführt werden.

Die Einsatzbereiche von APNs beziehen sich vorrangig auf Institutionen der Primär- und Tertiärversorgung, wobei in der Primärversorgung überwiegend NPs zum Einsatz kommen, während in der Tertiärversorgung vorwiegend CNS angetroffen werden (Delamaire & Lafortune 2010, S. 29ff.).

Die Nurse Practitioner Rolle in der Primärversorgung

Die Primärversorgung (PV) fungiert als Tor zu dem Gesundheitssystem und sollte wohnortnah und barrierefrei erfolgen. Die meisten Gesundheitsprobleme können innerhalb der PV behandelt werden, wozu jedoch eine Vielzahl an verschiedenen Angeboten benötigt wird (Boerma & Kringos 2015, S. 31).

NPs verfügen über einen Hochschulabschluss (Master oder Doktor) und treten als eigenständige, lizenzierte Leistungserbringer in der PV auf. Sie führen Assessments, Diagnostik und Behandlungen von akuten und chronischen Erkrankungen durch und verordnen medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien. Darüber hinaus sind NPs Experten in der Gesundheitsförderung und der Prävention und schulen und beraten ihre Patienten. Sie praktizieren und beraten interdisziplinär und sind in der Versorgungsforschung sowie der Patientenvertretung tätig (AANP 2015).

Die NP-Rolle ist in Australien, Botswana, Großbritannien, Hongkong, Irland, Kanada, Neuseeland, Schweden, USA, Westpazifikraum, Finnland und Zypern etabliert (Schober & Affara 2008, S. 68; Delamaire & Lafortune 2010, 24ff.). Der Einsatzbereich erstreckt sich von NP-geführten Ambulanzen über Gesundheitskioske und -mobile, bis hin zu

regionalen Gesundheitszentren (Keogh 2014; Schaeffer et al. 2015, S. 57-143).

Eine Vielzahl an Studien weist auf die guten Ergebnisse des NP-Einsatzes hin (z.B. Ducharme et al. 2009; Jones et al. 2011; Wright et al. 2011; Everett et al. 2013), wobei diese Studien aber nur eine geringe Qualität der Evidenz aufweisen. Von höherer Güte ist der Cochrane-Review von Laurant et al. (2005), der die Substitution von Hausärzten in der PV durch Pflegende untersucht. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsergebnisse der Pflegenden nahezu identisch mit denen der Hausärzte sind.

Gesundheitspolitische Entwicklungen

Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern (z.B. USA, Kanada, Australien, England, Niederlande), in denen NPs und andere APNs in der PV eingesetzt werden, sind es in Deutschland nur Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (Freund et al. 2015). Zwar bestehen hierzulande einige Modellprojekte (z.B. AGnES, Agneszwei, VERAH, EVA, MoNi), bei denen ärztliche Aufgaben an Pflegende delegiert werden (Müller & Schabbeck 2014, S. 64ff.). Diese Rollen sind jedoch mehr als Erfüllungsgehilfen ausgelegt und entsprechen nicht dem Berufsbild von APNs.

Der Sachverständigenrat empfahl bereits 2007 die stärkere Einbeziehung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in der Gesundheitsversorgung (BT-Drs. 16/6339, S. 28). Der Gesetzgeber ergänzte daraufhin 2008 den § 63 SGB V um den Absatz 3c, der die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen, im Rahmen von Modellprojekten, ermöglicht (Art. 8 Nr. 6 PflWG). 2012 trat eine G-BA Richtlinie in Kraft, in der die einzelnen übertragbaren Tätigkeiten definiert werden (HKÜtrRL). Laut einer Aussage der Bundesregierung vom 22.12.2014 wurde bis dato jedoch noch

kein Modellprojekt verzeichnet (BT-Drs. 18/3672, S. 61). Der Grund dafür könnten die hohen Zugangsvoraussetzungen sein (DPR et al. 2014).

Situation in Deutschland

Möglichkeiten und Grenzen des Rollenbildes

Der § 63 Abs. 3c SGB V regelt in Verbindung mit der HKÜtrRL die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegende in Deutschland. Innerhalb von Modellprojekten können Pflegende demnach eigenständig Heilkunde ausüben und als eigenständige Leistungserbringer auftreten, die die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung für ihr Handeln übernehmen. Dies gilt jedoch nur, wenn in einer Berufsausbildung oder einem Pflegestudium die in der HKÜtrRL geforderten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung von Heilkunde erworben wurden (siehe Tabelle 3).

Die Übertragung von Heilkunde kann weiterhin die Verordnung von Medizinprodukten und Heil- und Hilfsmitteln, sowie das Einbeziehen von weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen beinhalten. Dies muss jedoch innerhalb der Modellvorhaben individuell vereinbart werden, wobei sich der Rechtsrahmen sowohl auf die ambulante ärztliche Versorgung als auch auf den stationären Bereich anwenden lässt.

Vorab muss allerdings eine verbindliche Diagnosestellung und Auftragserteilung durch einen Arzt erfolgen, weshalb die Frage, ob es sich bei der Übertragung von Heilkunde um eine Form der Delegation oder der Substitution handelt, nicht ganz unstrittig ist. Eine Darstellung der Rechtsgrundlagen und der daraus resultierenden Möglichkeiten und Grenzen des Rollenbildes kann der Tabelle 3 entnommen werden.

Eine eindeutige Aussage, ob es sich bei der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten um eine Form der Delegation

Handlungsautonomie	
Bei der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten handelt es sich um eine „selbstständige Ausübung von Heilkunde“.	§ 63 Abs. 3c SGB V
Pflegende treten „als eigenständige Leistungserbringer“ auf.	BT-Drs. 16/7439, S. 97
Die Heilkunde wird „selbstständig und eigenverantwortlich“ ausgeübt.	§ 2 Abs. 2 HKÜtrRL
Die Durchführung umfasst die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 2
Es muss eine verbindliche „ärztliche Diagnose und Indikationsstellung“ vorliegen.	§ 3 Abs. 1 HKÜtrRL
Die Aufgabenübertragung erfolgt durch einen Arzt.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 3
Qualifikation	
Pflegeschwestern die „nach § 4 Abs. 7 des jeweiligen Berufszulassungsgesetzes“ qualifiziert sind.	§ 1 Abs. 1 HKÜtrRL
„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“	§ 1 Abs. 1 S. 2 KrPflG § 1 S. 2 AltPflG
Es sollen Ausbildungsangebote erprobt werden, in denen „erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten“ erworben werden können.	§ 4 Abs. 7 KrPflG § 4 Abs. 7 AltPflG
Die Qualifikation sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit den übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten stehen.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 7
Jeder übertragbaren ärztlichen Tätigkeit sind konkrete Qualifikationsanforderungen zugeordnet.	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 6-38
Rechte, Pflichten und Befugnisse	
Die für ein Modellprojekt qualifizierten Pflegeschwestern sind zu einer „eigenverantwortlichen Durchführung“ berechtigt, wenn eine „ärztliche Diagnose und Indikationsstellung“ vorliegt.	§ 3 Abs. 1 HKÜtrRL
Die Durchführung soll im Rahmen von Behandlungsstandards und Leitlinien erfolgen.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 6
Die Übertragung von Heilkunde umfasst zusätzlich die die „Kompetenz zur Verordnung“ bestimmter Medizinprodukte, Heil- und Hilfsmittel, sowie „die Befugnis zur Einbeziehung weiterer diagnostischer oder therapeutischer Leistungen“.	§ 4 Abs. 1 HKÜtrRL
Letzteres muss innerhalb der jeweiligen Modellvorhaben individuell vereinbart werden.	§ 4 Abs. 2 HKÜtrRL
Die Vorschriften können sowohl auf den Sektor „der ambulanten ärztlichen Versorgung“ als auch auf den Bereich „der stationären Versorgung“ angewendet werden.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 5
Tätigkeiten	
Die einzelnen übertragbaren Tätigkeiten sind verschiedenen Diagnosen und Prozeduren zugeordnet.	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 6-38
Bei den diagnosebezogenen Tätigkeiten kann das Assessment, die Interventionsplanung, sowie die Therapiedurchführung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronischen Wunden, Demenz (nicht palliativ) und Hypertonie (ohne Schwangerschaft) übertragen werden.	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 6-26
Diesen Aufgabenfeldern sind konkrete einzelne Tätigkeiten zugewiesen, wobei u.a. das Case Management und die Anleitung und Beratung von Patienten und deren Angehörigen erwähnt wird.	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 6-26
Die übertragbaren Prozeduren umfassen die Infusions- und Injektionstherapie, die Stomatherapie, den Wechsel von Trachealkanülen, das Tracheostomamanagement, die Anlage und Versorgung einer Magensonde, das Legen und Überwachen eines transurethralen Blasenkatheters, das Versorgen und Wechseln eines suprapubischen Blasenkatheters, die Verordnung von Medizinprodukten und Pflegehilfsmitteln, die Atemtherapie, die Bereiche Ernährung und Ausscheidung, die Schmerztherapie und die Psychosoziale Versorgung.	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 27-36
Diesen Aufgabenbereichen sind wieder konkrete Tätigkeiten zugeordnet, wobei neben klinischen Standardtätigkeiten ebenfalls das Case Management und das Anleiten und Beraten von Patienten und Angehörigen genannt wird	Besonderer Teil der HKÜtrRL, S. 27-36
Die jeweiligen Handlungskomplexe können innerhalb der Modellvorhaben flexibel ausgestaltet werden.	Tragende Gründe zum Beschluss der HKÜtrRL, S. 6

Tabella 3: Möglichkeiten und Grenzen des Rollenbildes

oder der Substitution handelt, kann nicht getroffen werden. Da in der Gesetzesbegründung jedoch ausdrücklich von einem eigenständigen Leistungserbringer gesprochen wird, liegt hier der Schluss nahe, dass der Gesetzgeber eine Substitution ärztlicher Leistungen beabsichtigte. Die APNs hätten somit eine relative Handlungsautonomie und würden als eigenständige Leistungserbringer in der PV auftreten.

Sie würden über eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegefachberuf verfügen, oder alternativ auch höher qualifiziert sein, z.B. Bachelor- oder Masterabschluss. Darüber hinaus würden sie die nötigen Kompetenzen besitzen, um den im besonderen Teil der HKÜtrRL geforderten Kompetenzen zu entsprechen.

Die APNs könnten nach einer Diagnose- und Indikationsstellung durch einen Arzt selbstständig Heilkunde ausüben. Darunter würde, bei entsprechender Ausgestaltung der Modellprojekte, ebenfalls das Verordnen von Medizinprodukten und Heil- und Hilfsmitteln, sowie das Überweisen an andere Gesundheitsdienstleister gehören. Die Leistungserbringung selbst würde auf der Grundlage der aktuellen Evidenz erfolgen (Behandlungsstandards und Richtlinien). Das Angebot könnte sowohl ambulant als auch stationär angesiedelt sein. Denkbar wären z.B. ambulante Pflegedienste, Hausarztpraxen, medizinische Versorgungszentren oder Klinikambulanzen. Darüber hinaus sind aber auch ganz neue Versorgungsformen z.B. regionale Gesundheitszentren, Gesundheitskioske oder mobile Kliniken möglich.

Durch die Aufspaltung der übertragbaren Tätigkeiten in Diagnosen und Prozeduren ergeben sich zwei potentielle APNs-Rollenbilder. Bei dem ersten Rollenbild würde es sich um eine Spezialisten-Rolle handeln, die sich an den spezifischen Anforderungen der jeweiligen Erkrankungen orientiert, z.B. Diabetes oder Hypertonie. Vorstellbar wären z.B. niedrigschwellige Angebote im Bereich Therapiemonitoring von chronischen Erkrankungen. Das zweite Rollenbild wäre eine Generalisten-Rolle, die sich an den grundlegenden Gesundheitsbedürfnissen von Bevölkerungsgruppen orientiert. Möglichkeiten wären z.B. niedrigschwellige Gesundheitsangebote für bestimmte Regionen oder Altersgruppen.

Zusätzlich könnten die APNs in beiden Rollen auch als Case Manager fungieren, sowie Schulungs- und Beratungsleistungen für ihre Klienten und deren Angehörige anbieten. Da sie darüber hinaus auch die Befugnis zur Verordnung von Medizinprodukten und Heil- und Hilfsmitteln, sowie zur Überweisung an andere Leistungserbringer besitzen könnten, wären sie ebenfalls ein geeigneter Gatekeeper für bestimmte Zielgruppen (z.B. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, Bewohner bestimmter Regionen).

Die Ausprägung des Rollenbildes in der Praxis ist jedoch in starkem Maße davon abhängig, welche Verantwortlichkeiten den APNs zugestanden werden.

Diskussion

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass das Rollenbild durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: eine relative Handlungsautonomie, eine Berufsausbildung in einem Pflegeberuf oder ein Hochschulabschluss, die selbstständige Ausübung von Heilkunde nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung, das Verordnen von Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmitteln, das Überweisen an andere Gesundheitsdienstleister, Evidenz-basierte Standards, eine direkte Versorgung von spezifischen Patienten- und Bevölkerungsgruppen, Case-Management, das Schulen und Beraten der Klienten und ihren Angehörigen und eine Funktion als Gatekeeper.

Das Rollenbild der APNs ist also im Vergleich zu gewöhnlichen Pflegerollen in Deutschland deutlich erweitert. Allerdings sind wesentliche Kriterien einer APNs-Rolle nicht – oder nur schwach ausgeprägt. Hierzu gehört z.B. die nationale Lizenzierung, der akademische Ab-

schluss, das Evidenz-basierte Handeln und die nur eingeschränkte Handlungsautonomie, deren Auslegung zudem nicht eindeutig ist. Weiterhin sind nicht alle Subrollen einer APNs ausgeprägt, was insbesondere auf die Forscherrolle und die Expertenrolle zutrifft. Auch die Handlungspraxis ist deutlich reduzierter, es erfolgt z.B. keine Diagnosestellung, es dürfen keine Medikamente verordnet werden und es besteht keine echte Fallverantwortung. Diese Defizite zeigen sich umso deutlicher am Beispiel der NP-Rolle (siehe Tabelle 4).

Schlussfolgerungen

Die APNs-Rolle nach § 63 Abs. 3c SGB V in Verbindung mit der HKÜtrRL würde eine deutlich erweiterte Pflegerolle in der deutschen PV darstellen. Trotz einiger Schwächen könnte sie mit den bestehenden Merkmalen dazu in der Lage sein, die PV in Deutschland zu stärken. Denkbar wäre z.B. die Bereitstellung von niedrigschwelligen Gesundheitsangeboten für Menschen mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Hypertonie) oder für bestimmte andere Bevölkerungsgruppen. Um das vorhandene Potenzial des Rollenbildes voll ausschöpfen zu können, sollte bei der Realisierung eines Modellprojektes der vorhandene Rechtsrahmen voll ausgeschöpft werden. <<

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie unter www.kohlhammer-pflege.de

Autorenkontakt:

Christian Hener, Gesundheits- und Krankenpfleger, B.A. Pflegemanagement, Masterstudent Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Kontakt: christian.hener@gmail.com

Zusammenfassung

Advanced Practice Nurses könnten eine bedeutende Ressource in der Bewältigung der steigenden Anforderungen an eine leistungsfähige Primärversorgung sein. Um zu verstehen, wie sich eine Advanced-Practice-Nurse-Rolle in der deutschen Primärversorgung darstellen könnte, wurde eine narrative Rollenentwicklung auf der Grundlage der bestehenden Rechtsvorschriften durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass sich das explorierte Rollenbild für hiesige Verhältnisse als deutlich erweiterte Pflegerolle darstellen würde, die trotz einiger Schwächen in der Lage sein könnte, die Primärversorgung in Deutschland zu stärken.

Schlüsselwörter: *Advanced Practice Nursing, Primärversorgung, Rollenentwicklung, Deutschland*

Merkmale	Advanced-Practice-Nurse-Rolle nach § 63 Abs. 3c SGB V und der HKÜtrRL	Nurse-Practitioner-Rolle
Primärkriterien		
Akademischer Abschluss (Expertenrolle)	Nein, nur optional	Ja, Masterabschluss oder Doktorgrad
Nationale Lizenzierung	Nein	Ja, in der Regel durch eine Pflegekammer
Handungsorientierung an Individuen und Gruppen	Ja	Ja
Kernkompetenzen		
Direkte klinische Praxis (Praktikerrolle)	Ja, pflegerische und medizinische Dienstleistungen	Ja, pflegerische und medizinische Dienstleistungen
Anleitung und Schulung (Beraterrolle)	Ja, Patienten und Angehörige	Ja, Patienten und Angehörige
Interdisziplinäre Fachberatung (Lehrerrolle)	keine Angaben, potenziell möglich	Ja, Pflegende und andere Professionelle im Gesundheitswesen
Evidenz-basiertes Handeln (Forscherrolle)	Nur in Form von Behandlungsstandards und Leitlinien vorgesehen, potenziell jedoch möglich	Ja, Evidenz-basiertes Handeln wird beherrscht, es wird selbst Forschung durchgeführt
Führung (Leitungsrolle)	keine Angaben, potenziell möglich	Ja, Fachberatung
Zusammenarbeit	Ja, Zusammenarbeit mit anderen Professionellen im Gesundheitswesen	Ja, Zusammenarbeit mit anderen Professionellen im Gesundheitswesen
Ethische Entscheidungen (Vertreterrolle)	keine Angaben, potenziell möglich	Ja, Patientenanwalt
Handlungsfeld		
Handlungsautonomie	Nur eingeschränkt, selbstständige Ausübung von Heilkunde nach Diagnose und Indikationsstellung durch einen Arzt	Ja, eigenverantwortliches Handeln
Case Management	Ja, aber keine Fallverantwortung	Ja, mit Fallverantwortung
Erweiterte klinische Kompetenzen	Nein, die Tätigkeiten entsprechen klinischen Standardtätigkeiten.	Ja, erweiterte klinische Pflegepraxis
Diagnosekompetenz	Nein, dies bleibt Arztvorbehalt, Assessments nur im Rahmen von Therapiemonitoring	Ja, ausgeprägte Assessment- und Diagnosefähigkeiten sowie deren Interpretation
Verschreibungsrecht	Ja, potentiell möglich, jedoch keine Medikamente	Ja, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel
Überweisungsbefugnis	Ja, Diagnose und Behandlung	Ja, Diagnose und Behandlung
Erstkontakt im Gesundheitswesen	keine Angaben, potenziell möglich	Ja, Erstkontakt für betreute Patienten

Tabelle 4: Vergleich der Rollenmerkmale von APNs und NPs

> Ergebnisse einer Pflegekräftebefragung

Architektur für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus

TOM MOTZEK, KATHRIN BÜTER & GESINE MARQUARDT

Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, immer mehr Patienten mit Demenz versorgen zu müssen. Zukünftig sind daher Strategien und Konzepte notwendig, um die Situation von Patienten mit Demenz im Krankenhaus zu verbessern. Einen wichtigen Beitrag hierfür kann die Architektur leisten.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“, gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung, wurde ein demenzsensibles Gestaltungskonzept für eine internistische Normalstation mit 22 Betten entwickelt und umgesetzt. Zeitgleich zu den architektonischen Umgestaltungsmaßnahmen wurden Fortbildungen für alle Krankenhausmitarbeiter zum Thema Demenz angeboten. Die umgestaltete Station hatte einen hohen Anteil älterer Patienten, sowie von Patienten mit kognitiven Einschränkungen.

Ziel der Evaluation war es, die Wirksamkeit der architektonischen Umgestaltung aus Perspektive der Pflegekräfte zu untersuchen. Dazu wurde eine schriftliche Befragung der Pflegekräfte vor und nach der Umgestaltung durchgeführt. Für die Evaluation wurden vier Fragenkomplexe ausgewählt. Ein Fragenkomplex untersuchte die „Zufriedenheit mit der räumlichen Situation“ und bezog sich auf die äußeren Bedingungen einer gelungenen Versorgung von Menschen mit Demenz. Drei weitere Fragenkomplexe erfassten Aspekte der Arbeitszufriedenheit, welche im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten mit Demenz stehen: der Umgang mit Patienten mit Demenz, das Belastungs- und Stressempfinden sowie die Mitarbeiterzufriedenheit.

Architektonische Umgestaltungen

Ziel der architektonischen Umgestaltung war es, die Orientierung, das Wohlbefinden, die soziale Interaktion, die

Selbständigkeit und Beschäftigung bzw. Aktivierung von Patienten mit Demenz zu fördern. Dazu wurden in einem ersten Schritt die räumlichen Gegebenheiten der Krankenhausstation ausführlich analysiert. Auf der Grundlage von Erkenntnissen im Bereich der stationären Pflege (u. a. Review von Marquardt et al. 2014) und Überlegungen zur Übertragbarkeit auf den akutstationären Bereich (Büter 2014) wurden daraufhin konkrete Umgestaltungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt. Während des gesamten Planungsprozess wurden Akteure der Pflege und der Medizin beratend einbezogen.

Bestandteil des Konzepts war die Gestaltung von zwei demenzsensiblen Zimmern der Station inklusive der Bäd-

der. In diesen beiden Zimmern wurde unter anderem ein neuer Fußbodenbelag in warmer, dunkler Farbe gewählt, um die Behaglichkeit und eine klare Raumorientierung zu fördern. Medizinische Geräte und Medientechnik wurden durch eine Wandverkleidung in Holzoptik verdeckt und traten somit in den Hintergrund.

Innerhalb der Zimmer erfolgte der Einsatz verschiedener Orientierungshilfen. Die persönlichen Bereiche der Patienten wie Bett und Garderobe wurden mit Farben markiert (grün bzw. rot mit hohem Leuchtdichtekontrast). Diese Farben kehren auch in den Patientenbädern wieder und kennzeichnen dort jeweils die persönlichen Ablageflächen und Handtuchhalter der Patienten. Zudem wurde die Tür zum Patientenbad mit einem großformatigen Symbol und dem Schriftzug „Bad“ markiert. Um das Auffinden des Badezimmers in der Nacht zu erleichtern, wurde in den Zimmern ein Lichtband in die Sockelleiste an der Wand gegenüber der Betten sowie oberhalb der Badezimmertür installiert. Die



Abbildung 1: Architektonische Umgestaltungen: Patientenzimmer und Stationsflur (bzw. neu geschaffener Aufenthaltsbereich) vor (links) und nach (rechts) der Umgestaltung

Foto: Büter/ Marquardt

Lichtsteuerung erfolgt dabei über die Klingelanlage. Im Patientenbad unterstützen kontrastreiche Ausstattungselemente und Haltegriffe die Auffindbarkeit und die eigenständige Nutzung.

Um die zeitliche und situative Orientierung zu verbessern, brachte man an der Wand gegenüber der Betten eine analoge Uhr und ein Wandbild an. Das Wandbild zeigt das Logo des Krankenhauses, die Zimmernummer und ein regionales Bildmotiv.

Zur Unterstützung der räumlichen Orientierung auf dem Stationsflur wurden alle Patientenzimmertüren mit Beschilderungen ausgestattet, die aus großformatigen Zimmernummern und einem regionalen Bildmotiv bestehen. Dieses Bildmotiv an der Patientenzimmertür ist mit dem Wandbild in den zwei umgestalteten Zimmern identisch. Der Stationsflur erhielt weiterhin einen helleren Farbanstrich, eine farbliche Akzentuierung der Patientenzimmertüren sowie großformatige Hinweis- und Symbolschilder zur Unterstützung der räumlichen Orientierung.

Ein weiterer Bestandteil der Umgestaltung war ein zusätzlicher Aufenthaltsbereich an zentraler Stelle im Stationsflur gegenüber dem Mitarbeiterzimmer. Der Aufenthaltsbereich bietet Sitzgelegenheiten, einen mit Rollstuhl unterfahrbaren Tisch und verschiedene Möglichkeiten zur Aktivierung und Beschäftigung wie Musik, Bildbände und ein Aquarium-Video. Die Pflegekräfte haben damit erweiterte Möglichkeiten, Patienten mit Demenz in die Aktivitäten des Stationsalltags einzubinden.

Durch die räumliche und visuelle Nähe zum Dienstzimmer sollen Interaktionen zwischen Patienten und Pflegekräften gefördert werden. Schließlich fungiert der Aufenthaltsbereich durch seine auffällige Farbgestaltung als zentraler Ankerpunkt und unterstützt somit die Orientierung auf der Station (Abbildung 1).

Fortbildungen

Im Untersuchungszeitraum hatten die Pflegekräfte der Station die Möglichkeit, ein- und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen zu nutzen. Diese vermittelten Basiswissen in der Betreuung und Pflege von Patienten mit Demenz. Die Fortbildungsveranstaltungen fanden zeitlich parallel zu den Umgestaltungsmaßnahmen statt, standen jedoch nicht in einem unmittelbaren inhaltlichen Bezug zueinander. Es ist aber davon auszugehen, dass die Fortbildungen die Zielgrößen dieser Studie mit beeinflussten, indem sie beispielsweise die Pflegekräfte für die Thematik Demenz verstärkt sensibilisierten.

Evaluation

Für die Evaluation wurden die Pflegekräfte vor (Dezember 2014, n = 12 Pflegekräfte) und nach (September 2015, n = 8 Pflegekräfte) der Umgestaltung schriftlich befragt. Gemessen an der Anzahl der Pflegekräfte der Station konnte eine Teilnahmequote von 86% (Vorher-Befragung) und 57% (Nachher-Befragung) erreicht werden. Vier der Befragten nahmen an beiden Befragungszeit-

punkten teil. Die Pflegekräfte vor und nach der Befragung waren hinsichtlich des Geschlechts und ihrer wöchentlichen Arbeitszeit vergleichbar. Für die einzelnen Fragen gab es jeweils fünf Antwortmöglichkeiten (von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“, Likert-Skala). Die Ergebnisse sind in Form von Balkendiagrammen präsentiert. Die Balken repräsentieren dabei den jeweiligen Mittelwert eines Themenbereiches.

Ergebnisse

Zufriedenheit mit der räumlichen Situation

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten die Umgestaltungen im Allgemeinen positiv bewerteten (Abbildung 2). So stieg die Zufriedenheit mit den umgestalteten Patientenzimmern von durchschnittlich „unzufrieden“ auf „zufrieden“ an. Auch die Zufriedenheit mit dem Flur konnte von „unzufrieden“ auf „teils-teils“ gesteigert werden. Die Gestaltung des neuen Aufenthaltsbereichs auf dem Flur wurde überwiegend positiv aufgenommen und mit durchschnittlich „zufrieden“ bewertet. Weil das Dienstzimmer und der Aufenthaltsraum so blieben, wie sie waren, war die Bewertung der Zufriedenheit mit diesen beiden Räumen bei beiden Befragungen nahezu gleich. Die ähnliche Bewertung hinsichtlich der nicht umgestalteten Räume kann als ein Hinweis darauf gedeutet werden, dass Messungen der Vorher- und Nachher-Befragungen als zuverlässig einzuschätzen sind.

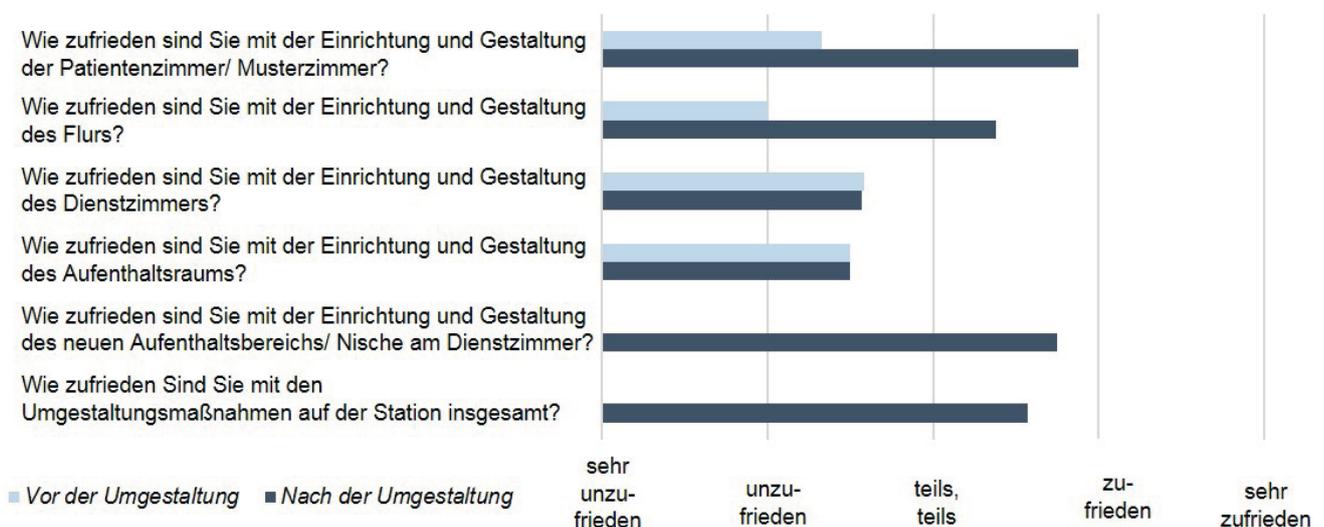


Abbildung 2: Zufriedenheit mit der räumlichen Situation

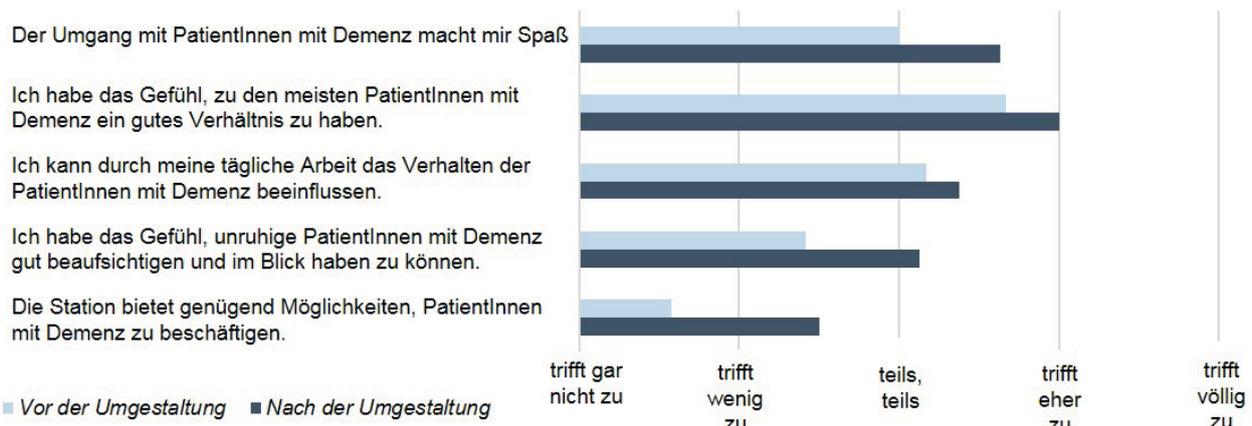


Abb. 3: Umgang mit Patienten mit Demenz

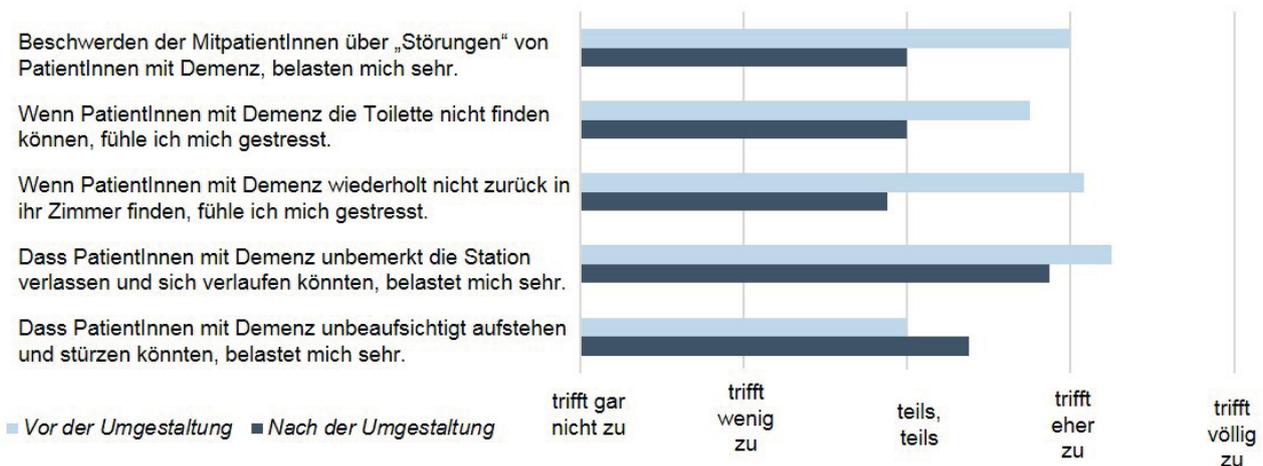


Abb. 4: Belastungs- und Stressempfinden

Umgang mit Patienten mit Demenz

Ziel dieses Fragekomplexes war es zu ermitteln, ob die Umgestaltungen dazu beitragen, den Umgang mit Patienten mit Demenz aus pflegerischer Perspektive zu erleichtern. Dazu wurden die Pflegekräfte gefragt, ob ihnen der Umgang mit Patienten mit Demenz Spaß macht, ob sie ein gutes Verhältnis zu dieser Patientengruppe haben und ob sie das Gefühl haben, das Verhalten von Patienten mit Demenz beeinflussen zu können. Wie in Abbildung 3 dargestellt, kam es in allen drei Bereichen zu leichten Verbesserungen. Außerdem waren die Möglichkeiten zur Beaufsichtigung und zur Beschäftigung der Patienten aus Sicht der Pflegekräfte nach dem Umbau besser als vorher. Allerdings zeigt das mäßige Niveau der

Zufriedenheit, dass insbesondere beim Thema Beschäftigung zukünftig weiterführende Maßnahmen hilfreich wären.

Belastungs- und Stressempfinden

Wie in Abbildung 4 dargestellt, war das Stress- und Belastungsempfinden nach der Umgestaltung in fast allen abgefragten Bereichen geringer als noch vor den Umgestaltungen. Beispielsweise wurden Orientierungsprobleme und die Gefahr, dass Patienten unbemerkt die Station verlassen, als weniger belastend empfunden. Keine Verbesserungen zeigten sich hingegen beim Thema Stürze. Die Angst, dass Patienten stürzen könnten, war nach der Umgestaltung sogar höher. Dieses Ergebnis kann möglicherweise auch auf

eine größere Aktivität der Patienten in der neuen Umgebung zurückgeführt werden. Denkbar ist zudem, dass die Pflegekräfte durch die Fortbildungen sensibler und aufmerksamer für die Gefahr geworden sind, dass Patienten mit Demenz stürzen könnten.

Arbeitszufriedenheit

Schließlich wurden die Pflegekräfte gefragt, inwieweit sie insgesamt mit ihrer Arbeit sowie der Art und Weise der Betreuung von Patienten mit Demenz auf der Station zufrieden sind. Im Ergebnis zeigte sich nach der Umgestaltung in beiden Bereichen eine leicht höhere Zufriedenheit als noch vor der Umgestaltung (Abbildung 5).

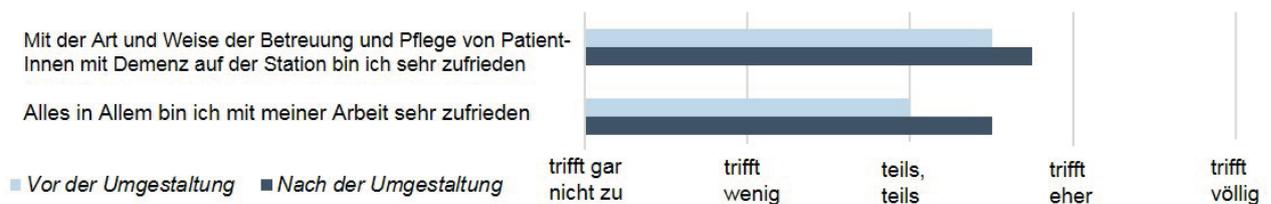


Abb. 5: Arbeitszufriedenheit

Fazit

Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit demenzsensibler architektonischer Umgestaltungen aus der Perspektive der Pflegekräfte zu erfragen und auszuwerten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit der räumlichen Situation und ihrer Arbeitszufriedenheit nach den Umgestaltungsmaßnahmen verbesserte.

Parallel zum Umbau der Station hatten die Pflegekräfte die Möglichkeit, Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Demenz zu besuchen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Fortbildungen die Zielgrößen dieser Studie mit beeinflussten. In diesem Sinne sind die Umgestaltungen und die Fortbildungen als ein gemeinsames Maßnahmenbündel zu verstehen.

Durch den Umbau wurden die räumlichen und gestalterischen Bedingungen für die Pflegekräfte und die Patienten verbessert. Mithilfe der Fortbildungsmaßnahmen konnte ein höheres Bewusstsein für das Thema Demenz gefördert werden. Auch hätte der Umbau nicht seine Wirksamkeit entfaltet, wenn die angepasste Architektur nicht durch die Pflegekräfte aktiv im Pflegealltag genutzt und eingebunden worden wäre.

Architektonische Maßnahmen sind also stets im Wechselspiel mit sozialen, pflegerischen und organisatorischen Komponenten zu bedenken. In diesem Sinne sind neben architektonischen Anpassungen und Fortbildungen unter anderem auch die Anpassung von Prozessen, sowie der verstärkte Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen zu empfehlen (Pinkert & Holle 2014). Bei der in dieser Studie durchgeführten Umgestaltung handelt es sich um eine Übertragung bzw. Neuinterpretation von Erkenntnissen aus der stationären Altenpflege auf den Bereich der akutstationären Versorgung. Zukünftig bedarf es daher einer weiteren Entwicklung und Anpassung von architektonischen Maßnahmen zur demenzsensiblen Gestaltung von Akutkrankenhäusern. <<

Danksagung

Wir bedanken uns für die Finanzierung des Projektes durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Bonn, Gz. MA 5384/1-1) und die Robert Bosch Stiftung (32.5.1365.00970). Die Autoren danken den Krankenhausmitarbeitern, die diese Studie unterstützt haben.



Literatur

Büter K. (2014) Demenzsensible Architektur. Was können Akutkrankenhäuser von der Altenpflege lernen? In: Marquardt G., Viehweger A. (Hrsg.) (2014) Architektur für Menschen mit Demenz: Planungsgrundlagen, Praxisbeispiele und zukünftige Herausforderungen. Technische Universität Dresden, Dresden, S. 94-101.

Marquardt G., Büter K., Motzek T. (2014) Impact of the Design of the Built Environment on People With Dementia – An Evidence-based Review. Health Environments Research and Design Journal 8 (3), S. 127–157.

Pinkert C. & Holle B. (2014) Der Prozess der Entwicklung und Umsetzung von demenzspezifischen Konzepten in Krankenhäusern – eine qualitative Untersuchung. Pflege & Gesellschaft 19 (3), S. 209-223.

Zusammenfassung

Eine internistische Krankenhausstation wurde demenzsensibel umgestaltet; parallel wurden Fortbildungen für die Mitarbeiter zum Thema Demenz angeboten. Die Pflegekräfte der Station wurden vor und nach der architektonischen Umgestaltung schriftlich befragt. Nach der Umgestaltung zeigten sich eine höhere Zufriedenheit mit der räumlichen Situation, ein verbesserter Umgang mit Patienten mit Demenz und eine höhere Arbeitszufriedenheit als vor dem Umbau. Außerdem konnte das Belastungs- und Stressempfinden der Pflegekräfte reduziert werden.

Schlüsselwörter: Demenz, Architektur, Krankenhaus, Pflege

Autorenkontakt:

Tom Motzek, Gerontologe (B.A.) und Gesundheitswissenschaftler (M.Sc.), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Dresden, Fakultät Architektur, Kontakt: tom.motzek@tu-dresden.de

Kathrin Büter, Studium der Innenarchitektur (B.A.) und Design & Medien (M.A.), wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Dresden, Fakultät Architektur, Kontakt: kathrin.bueter@tu-dresden.de

Prof. Dr.-Ing. Gesine Marquardt, Professorin für Sozial- und Gesundheitsbauten an der Technischen Universität Dresden, Fakultät Architektur, Kontakt: gesine.marquardt@tu-dresden.de

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Barbara Pews

Ernährungsmanagement

Leitfaden für Pflegende zur Umsetzung des Expertenstandards

2012. 128 Seiten, 20 Abb., 5 Tab. Kart. € 14,90
ISBN 978-3-17-021917-5

auch als
EBOOK

Pflegekompakt

Nach Erscheinen des ersten Expertenstandards stellt die Implementierung und fortlaufende Umsetzung noch immer eine große Herausforderung dar. Das Buch bietet methodische Hilfestellungen mit ausgeprägtem Praxisbezug zur Einführung und Anwendung des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ für Pflegemanagement, Qualitätsmanagement und Pflegepraxis. Mithilfe von Fallbeispielen und Anleitungen aus der konkreten Pflegepraxis trägt es dazu bei, methodische Unsicherheiten bei der Implementierung zu überwinden und den Expertenstandard mit einem vertretbaren Ressourceneinsatz insbesondere in Einrichtungen der stationären Pflege (SGB XI) einzuführen.



Dorothee Nißle/Ingeborg Maria Husemeyer/Gian Domenico Borasio (Hrsg.)

Ernährung bei Schluckstörungen

Eine Sammlung von Rezepten, die das Schlucken erleichtern

8., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016
134 Seiten, 3 Tab. Kart. € 20,-
ISBN 978-3-17-029358-8

Rat & Hilfe

Für Patienten mit Schlaganfällen, neuromuskulären (z. B. ALS) und anderen Erkrankungen, die das Schlucken beeinträchtigen, kann das Essen zu einem großen Problem werden. Anstelle des Vergnügens treten Beschwerden und Unwohlsein. Umso bedeutender sind für die Betroffenen Rezepte, die das Schlucken erleichtern und zugleich eine ausgewogene Diät beinhalten. Dieses „Kochbuch“ stellt Rezepte für Mahlzeiten vor, die gut schmecken, gut aussehen, leicht zu kauen und zu schlucken sind und Beschwerden reduzieren. Ergänzt werden die Vorschläge durch wertvolle Hinweise zum Zubereiten und Servieren von Lebensmitteln.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de



An neun Klinikstandorten verfügt das Ortenau Klinikum über 1.707 Betten. Jährlich werden von rund 5.300 Mitarbeitern mehr als 77.200 Patienten stationär versorgt. Das Pflege- und Betreuungsheim in Gengenbach mit 336 Plätzen zählt ebenfalls zu dem Verbund.

Gestalten Sie Ihre berufliche Zukunft mit uns.

Das **Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim** ist eine Klinik der Zentralversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg mit 13 Fachkliniken und zwei Instituten.

Aktuell haben wir **am Standort Lahr** folgende Position zu besetzen:

Bereichsleitung m/w

bei der Pflegedirektion mit Projektmanagement zum 01.04.2017 in Voll- oder Teilzeit

Ihre Aufgaben:

- Mitarbeit in einem gut strukturierten und zukunftsorientierten Leitungsteam
- Auswahl, Koordination und Einsatzplanung von Praktikanten / BfD'lern
- Fachaufsicht gegenüber dem gesamten Pflegepersonal innerhalb der Fachbereiche
- Überwachung der Dienst- und Urlaubsplangestaltung
- Dienstplanabrechnung
- Führen von Mitarbeiter- und Vorstellungsgesprächen
- Mitwirkung bei Mitarbeiterbeurteilungen
- Beratung und Begleitung der Mitarbeiter, Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen
- Zusammenstellung und Moderation verschiedener Arbeitsgruppen

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Weiterbildung zur Pflegedienstleitung bzw. die Bereitschaft, diese nachzuholen oder abgeschlossenes Studium zum/zur Diplompflegewirt/in möglichst mit entsprechender Berufserfahrung
- Fähigkeit zur Mitarbeiterführung und -motivation
- Organisationstalent und Einsatzfreude, kooperative und konstruktive Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen
- Innovative Arbeitsweise und Aufgeschlossenheit für Weiterentwicklungen in der Krankenpflege

Für weitere Auskünfte steht Ihnen unser Pflegedirektor, Herr Hans-Jürgen Kargoll gerne zur Verfügung.

Telefon: 07821 93-2220,

E-Mail: pflagedirektion@le.ortenau-klinikum.de

Die tägliche Arbeit am Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim beinhaltet ein interessantes und vielseitiges Behandlungs- und Aufgabenspektrum in einem modernen Gesundheitsunternehmen.

Anstellung und Bezahlung erfolgen nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst-Krankenhäuser (TVöD-K) inklusive einer arbeitgeberfinanzierten Betriebsrente.

Eine kontinuierliche Personalentwicklung, mit der wir Ihre berufliche Entwicklung begleiten, ist ebenso in unseren Führungsleitlinien verankert wie eine betriebliche Gesundheitsvorsorge.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, gerne auch per E-Mail, an:

Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim
Personalabteilung
Klosterstraße 19 · 77933 Lahr
bewerbung@le.ortenau-klinikum.de
www.Mitarbeit-Ortenau-Klinikum.de



Kohlhammer

Wir sind einer der größten wissenschaftlichen Verlage in Deutschland.

Wir möchten unsere erfolgreiche Marktposition in den Bereichen Gesundheit und Pflege gezielt weiter ausbauen. Hierfür suchen wir Sie, als

Lektor (m/w)

Ihr Aufgabengebiet umfasst in direkter Abstimmung mit der Geschäfts- und Verlagsleitung die strategische Planung unseres Programms inklusive der Akquise und Betreuung von Autoren und Herausgebern. Zu Ihren weiteren Tätigkeiten zählen gemeinsam mit dem Lektoratsteam die redaktionelle Aufbereitung von Manuskripten und deren Begleitung bis zur Veröffentlichung sowie die Koordination der Marketingaktivitäten in Zusammenarbeit mit dem Vertrieb und der Werbeabteilung.

Sie bringen neben einem abgeschlossenen Hochschulstudium, vorzugsweise aus dem Gesundheits- bzw. Pflegebereich, Lektoratserfahrung in einem Fachverlag mit. Einen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache und den neuen Medien setzen wir voraus.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen sowie des frühestmöglichen Eintrittstermins.

Verlag W. Kohlhammer

Personalwesen – Frau Karin Knecht

Heßbrühlstraße 69 · 70565 Stuttgart

Telefon: 0711 7863-7234 · Telefax: 0711 7863-8435

E-Mail: personalwesen@kohlhammer.de



SOS-Kinderdorf-Stiftung
www.sos-kinderdorf-stiftung.de



Ihre Stiftung für Kinder.

Verwirklichen Sie Ihre persönliche Stiftungs-idee mit der SOS-Kinderdorf-Stiftung.

Fordern Sie jetzt Informationen unter:

SOS-Kinderdorf-Stiftung

Petra Träg

Renatastraße 77 · 80639 München

Telefon 089 12606-109

stiftung@sos-kinderdorf.de

Kontonummer:

DAB-Bank · Filiale München

Konto Nr. 307 065 4003

BLZ 701 204 00

Verwendungszweck: **Zustiftung**



Zeit für Veränderung?

ResMed steht seit über 25 Jahren für Innovation und Qualität im Bereich der Schlaf- und Beatmungsmedizin. Das Unternehmen ist weltweit führend in der Entwicklung, Produktion sowie dem Vertrieb von Produkten und Systemlösungen für die Diagnose und Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) und respiratorischen Erkrankungen. ResMed setzt sich dafür ein, die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Die Wichtigkeit dieses Anliegens unterstreicht das Unternehmen mit dem Slogan

„Changing lives with every breath“.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir in diversen Regionen:

- **Anwendungsberater (m/w) Beatmung im Außendienst**
- **Regionaler Fachkoordinator (m/w) Beatmung**

Möchten Sie die Zukunft von ResMed aktiv mitgestalten und in Ihrer Position konkret etwas bewegen? Wissen Sie kurze Kommunikationswege und eine Politik der offenen Tür zu schätzen?

Bewerben Sie sich jetzt - wir freuen uns auf Sie!

www.ResMed.de/jobs-karriere

Anzeigenschluss der kommenden Januar-Ausgabe: 14.12.2016
Anzeigenberatung: Ivana Musa 0711 7863-7266



APOLLON
Hochschule



**BACHELOR
PER FERNSTUDIUM –
OHNE ABITUR!**

Bachelor Pflegemanagement (B. A.)

Bachelor Gesundheitsökonomie (B. A.)

Zertifikatskurse! U. a. Gerontologie, Betrieblicher Gesundheitsmanager

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe



**Ein Drehbuch mit
glücklichem Ende?**

Damit die Alzheimer-Krankheit nicht zum Dieb unserer Erinnerungen wird, übernehmen Sie Regie und spenden Sie für eine filmreife Zukunft ohne Alzheimer.

Nutzen Sie das Spendenformular unter folgendem Link:

www.alzheimer-forschung.de/3951



Alzheimer Forschung
Initiative e.V.

Kreuzstraße 34
40210 Düsseldorf



LVR-Klinikverbund
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Qualität für Menschen!
Qualität für Sie!**

Der Landschaftsverband Rheinland sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

**Pflegedienstleiterin/
Pflegedienstleiter**

für die **Fachabteilung Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für psychotische Störungen.**

Nähere Informationen finden Sie unter www.lvr.de oder www.klinikum-duesseldorf.lvr.de.

LVR-Klinikum Düsseldorf
Allgemeine Verwaltung/Personalabteilung
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

LVR
Qualität für Menschen



**HIER HAST DU ZEIT
FÜR PATIENTEN.
UND FÜR DEINE KARRIERE.**

Jetzt auf eine
von 460 Stellen
bewerben - auch als
Quereinsteiger.

Mach, was wirklich zählt:
**IN DEN PFLEGE- UND THERAPIEBERUFEN
IM SANITÄTSDIENST**

Jetzt informieren: [bundeswehrkarriere.de](https://www.bundeswehrkarriere.de)



Bundeswehr

**+ Unser Plus an Information:
pflege-onkologie.de**



Damit Sie Ihren Patienten zukünftig noch besser zur Seite stehen können, tragen wir Ihnen unter pflege-onkologie.de eine Vielzahl an Informationen zu onkologischen Themen zusammen.

Jetzt online!
Wir freuen uns auf Ihren Besuch. +

