

■ Ernährungstherapeutisches Projekt für demente Patienten in der Geriatrie

Die Situation dementer Patienten im Krankenhaus

Laut einer Studie der DGEM ist die Prävalenz der Mangelernährung mit 56,2% bei den geriatrischen Patienten besonders hoch (vgl. Pirlich, 2006). Ebenso zeigen die Ergebnisse des europaweiten „Nutrition Day 2006“ (www.nutritionday.org), dass ein Krankenhauspatient, welcher nur 25 % oder weniger des angebotenen Essens gegessen hatte, eine dreifach erhöhte Sterblichkeit gegenüber den anderen Patienten aufwies (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V., 2006; vgl. Kagansky, 2005). Verknüpft man diese Daten mit den Erkenntnissen über die Ernährungssituation von dementen Menschen, so wird deutlich, dass diese Patienten eine sorgfältige Überwachung ihres Ernährungsstatus auch während des Klinikaufenthaltes benötigen (vgl. Amella, 2004). Mangelernährung, bzw. Gewichtsverlust korreliert mit einer erhöhten Mortalität und sind für den Verlauf der Demenzerkrankung typisch (vgl. Wirth, 2005a). Meist wirkt sich das Krankenhaussetting noch zusätzlich negativ auf die Gesamtkonstitution des dementen Patienten aus und bewirkt häufig eine Verschlechterung des funktionellen und kognitiven Status (Covinsky, 2003). Erschwerend wirkt sich ebenso das Faktum aus, dass es bisher kaum Konzepte in den Krankenhäusern gibt, welche den dementen Patienten als „Kunden“ mit seinen Ängsten und Bedürfnissen ernst nehmen (vgl. Klostermann, 2004).

Aufgrund dieser Tatsachen, ist es evident ein Konzept zu entwickeln, welches die Ernährungssituation der dementen Patienten während und im Idealfall noch nach dem Krankenhausaufenthalt verbessert.

In diesem von mir generierten Projekt habe ich aus einer Verknüpfung von medizinischen, ernährungswissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen einen Behandlungspfad generiert, welcher zum einen den körperlichen Bedarf an Nährstoffen eines alten Menschen berücksichtigt und seine Bedürfnisse berücksichtigt, wel-

Abb. 1 - Zielstellung

1. Jeder demente Patient auf Station ist seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf entsprechend ernährt. Durch den Krankenhausaufenthalt ergeben sich keine Ernährungsprobleme für den Patienten.
2. Mangelernährung und Ernährungsprobleme werden bei dementen Patienten erkannt und durch medizinische, pflegerische und physiotherapeutische Maßnahmen therapiert.
3. Jeder demente Patient, dessen Fähigkeit zur ausreichenden oralen Ernährung auch nach Beseitigung aller behebbaren Ursachen eingeschränkt ist, wird angemessen mit Energie und Nährstoffen versorgt. Auf eine Nährstoffzufuhr nach ernährungswissenschaftlichen Normempfehlungen darf nur verzichtet werden, wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, welcher in einem ethischen Entscheidungsprozess ermittelt wurde, bzw. nur noch palliative Maßnahmen indiziert sind. (vgl. Bartholomeyczik, 2006)



Christian Kolb

che sich aus der individuellen Persönlichkeit des Patienten ergeben. Dieser Kontext wurde in der Zielstellung für dieses Projekt expliziert (siehe Abbildung 1 - Zielstellung).

Behandlungspfad (siehe Abbildung 2 Behandlungspfad)

Das Screening zu Beginn des Prozessablaufes dient zunächst zur Sondierung, ob eine Demenz bei den Patienten vorliegt und ein Risiko für eine Mangelernährung besteht, bzw. sich bereits eine Mangelernährung manifestiert hat. Das Screening besteht aus einer Gesamtschau verschiedener Verfahren und Werte, mithilfe derer eine Mangelernährung mit hoher Reliabilität festgestellt werden kann (vgl. Bauer, 2006). Nach dem Screening wird in einem eigens von mir entwickelten Assessmentverfahren (bisher gibt es kein wissenschaftlich untersuchtes pflegerisches Assessmentverfahren für Ernährungsprobleme bei dementen Menschen, vgl. Schreier 2005) die Ursachen eruiert und mögliche therapeutische Interventionen geplant. Neben diesem erfolgt parallel das medizinische Assessment, um somit in Zusammenarbeit mit dem Stationsarzt, pathologische oder iatrogene Ursachen auszuschließen. In diesem Verfahren habe ich zum einen einzelne spezielle Instrumente integriert ergänzend aus den Erkenntnissen, welche sich aus dem Gespräch mit Angehörigen und betreuenden Pflegekräften im stationären oder ambulanten Bereich ergeben. Zu diesen Instrumenten gehören die Blandford Scale zur Beurteilung der möglichen Ursachen bei ablehnendem Essverhalten (vgl. Blandford, 1998), die PAINAID (vgl. Warden, 2004) zur Einschätzung, ob der demente Patient unter Schmerzen leidet, sowie ein Zahncheck (vgl. McEntee, 1999). Wichtig ist auch die Erstellung einer Essbiografie mit den wichtigsten Ernährungsgewohnheiten des Patienten. Die therapeutischen Maßnahmen orientieren sich an der von Wirth empfohlenen Vorgehensweise bei Ernährungsproblemen (vgl. Wirth, 2005b). Bei den meisten Patienten zeigte sich, dass mit einer Behandlung von pathologischen und iatrogenen Ursachen (häufigste war Polymedikation) und einer Verbesserung der Pflegequalität eine ausreichende Ernährung gesichert werden konnte. Pflegerisch wurde ein Ernährungskonzept für den dementen Patienten entwickelt, welche sich aus folgenden Komponenten zusammensetzt:

- Gewährleistung eines kontinuierlichen Unterstützungsbedarf, welcher individuell auf die Ressourcen des Patienten abgestimmt ist.
- Anbieten von gewünschten Speisen und modifizierte Konsistenzen bei vorhandenen Dysphagien.
- Einbeziehung von Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern, um während der Mahlzeiten eine stressfreie Umgebung zu schaffen, wenn die Pflegekräfte die notwendige Zeit aufgrund von Arbeitsspitzen nicht gewährleisten können.

- Ein appetitanregendes Milieu, durch die Einrichtung einer Wohnküche auf Station (Foto 1).



Foto 1 Wohnküche Kolb C.

Ebenso erfolgreich zeigte sie der Einsatz von oraler Trinknahrung. Hilfreich für die Akzeptanz dieser Produkte bei den Patienten, zeigte sich das Angebot einer breiten Produktpalette von verschiedenen Herstellern, um somit den individuellen Geschmacksbedürfnissen gerecht zu werden.

Konnte trotz dieser therapeutische Maßnahmen, auch nach kontinuierlicher Evaluierung, keine ausreichende Ernährung auf absehbarer Zeit gesichert werden, wurde die nächste Stufe der möglichen Maßnahmen, die enterale Er-

nährung über eine Sonde in Erwägung gezogen. Für die Entscheidung, pro oder contra, wurde zuerst die medizinische Indikation für eine künstliche Ernährung eruiert. Die Kriterien für die medizinische Indikation orientieren sich an den von der DGEM und DGG festgelegten Leitlinien für die enterale Ernährung in der Geriatrie (vgl. Volkert, 2004).

Wird seitens des Arztes eine medizinische Indikation konstatiert, wurde eine ethische Entscheidungsfindung nach dem eigens dafür konzipierten Prozessablauf verfolgt (siehe Abb. 3, Informed Consent PEG-Sonde, auf der folgenden Seite). Die Einzigartigkeit dieses Projekts ergibt sich nicht nur aus der Verbesserung eines körperlichen Zustandes überprüfbar anhand objektiver Daten, wie z.B. Blutwerte und Gewicht, sondern aus dem sorgsam Abwägen zwischen Bedarf und Bedürfnis, medizinethischer Prinzipien, sowie zwischen „Verhungern und Verdursten“ und sanftes Versterben durch Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug.

Ein weiterer Prozessablauf (siehe Abbildung 4, Entlassungsmanagement,) soll nach Beendigung des stationären Aufenthaltes die Nachhaltigkeit der therapeutischen Maßnahmen sichern. Hierzu gehören zum einen Überleitungs-

K1 (Demenz + Risiko für Mangelernährung)

MMSE < 24 (Screening Demenz)
 MNA < 17 Punkte oder falls MNA LF nicht möglich, MNA SF < 11 und BMI < 20 + Wadenumfang < 31 cm
 unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Erfragen von früherem Gewicht)
 Serumalbumin < 3,5 mg/dl
 Die Gesamteinschätzung erfolgt durch die SP ob eine Mangelernährung bzw. das Risiko einer Mangelernährung vorliegt. Sind 2 und 3 zutreffend muss ein Ernährungsassessment eingeleitet werden.

K2 (Qualitätsziel 1 + 2 erreicht)

Tägl. Überprüfung der Nahrungsaufnahme: Wenn mehr als 2 Tage die aufgenommene Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge von der für den/die Patienten/in üblichen Menge um mind. 25% abweicht weiter zu K3.

Nach 5 Tagen Gewichtskontrolle, falls Gewichtsverlust > 1 kg (unter Berücksichtigung Diuretikagabe) weiter zu K3, wenn Gewicht stabil oder Gewichtszunahme fortführen der Maßnahmen.

K3 (PEG indiziert)

Ist absehbar, dass die vorhandenen Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, die nächsten Wochen bestehen bleiben und durch weitere Maßnahmen keine Verbesserung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu erwarten ist, dann sollte anhand der nachfolgenden Kriterien überprüft werden, ob eine PEG aus medizinischer Sicht indiziert ist:

- Patient/in befindet sich nicht in der terminalen Phase
- die Schwere der vorhandenen Erkrankung/en (Nicht der Grad der Demenz)
- die individuelle Prognose
- die Lebensqualität mit und ohne enterale Ernährung
- mögliche Komplikationen und Beeinträchtigungen im Rahmen der enteralen Ernährung
- vorhandene körperliche Ressourcen

Die Abwägung der einzelnen Kriterien und Indikationsstellung unterliegt dem Arzt, dieser sollte sich aber mit einer erfahrenen Pflegefachkraft beraten. Für das Kriterium terminale Phase gibt es keine objektiven Kriterien. Sollte diese Kriterium ausschlaggebend sein, muss ein Oberarzt hinzugezogen werden. Die weitere Vorgehensweise und die Entscheidungsgrundlagen müssen gesondert dokumentiert werden.

K4 Terminale Phase

Wenn bei K3 von Arzt festgestellt wurde, dass weitere invasive Ernährungsmaßnahmen aufgrund des zu erwartenden terminalen Krankheitsverlaufs des Patienten/in nicht indiziert sind, so erfolgt eine weitere Behandlung des/der Patienten/in nach den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer (siehe Punkt 1. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden).

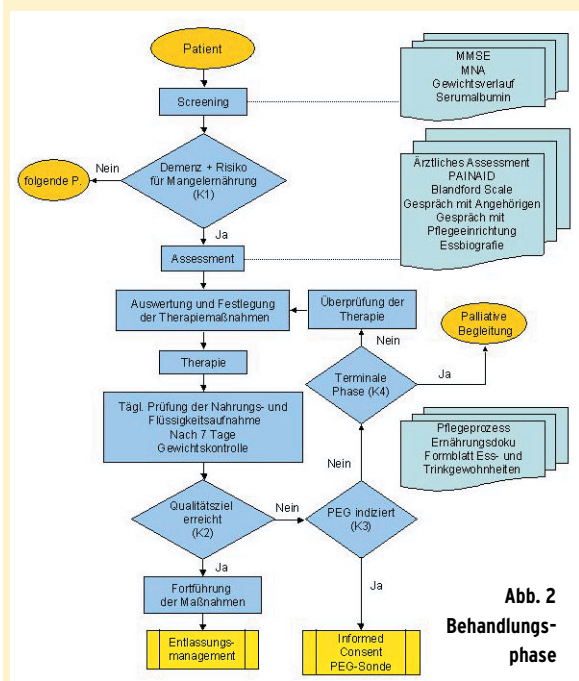


Abb. 2 Behandlungsphase

bögen für nachfolgende Einrichtungen und Betreuer und eine Dokumentation für den Hausarzt zur Verordnung von evtl. benötigter Trinknahrung. Auf diesem Dokument findet

der Hausarzt die aktuelle Ernährungssituation sowie eine Empfehlung der Produkte, welche sich während des stationären Aufenthaltes für den Patienten am besten geeignet haben.

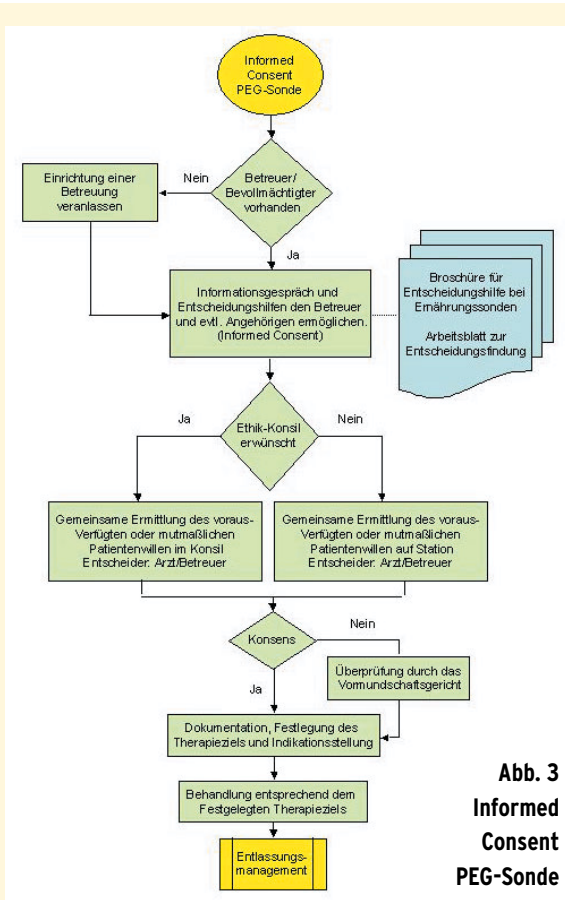


Abb. 3 Informed Consent PEG-Sonde

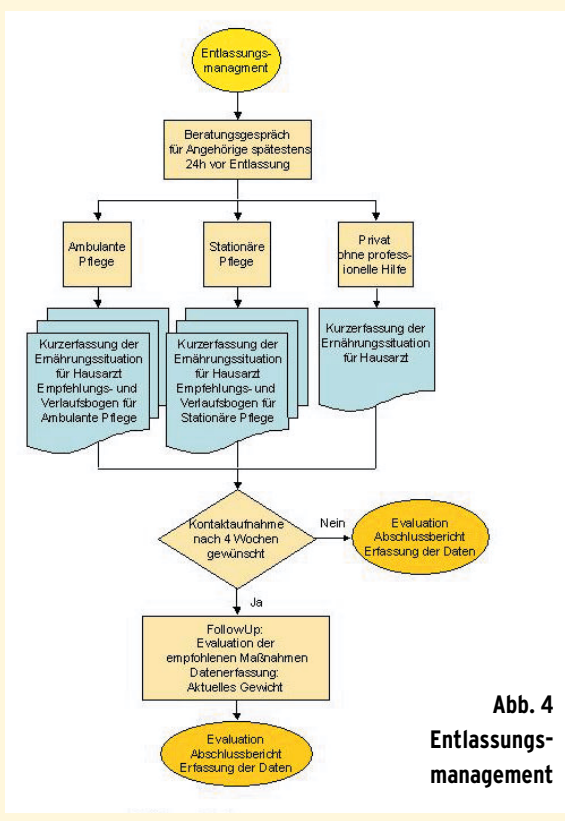


Abb. 4 Entlassungsmanagement

Ausblick

Das Konzept dieses Projekts wurde während des Verlaufs in Qualitätszirkeln kontinuierlich verbessert. Bereits während des Projektverlaufs zeigten sich subjektiv wahrgenommene positive Ergebnisse für die dementen Patienten auf Station und deckten sich mit den Erfahrungen eines Qualitätszirkel im Lennox Hill Hospital in New York (vgl. Monteleoni, 2004):

- Weniger Verhaltensauffälligkeiten während des Aufenthaltes, folglich Reduktion der Gabe von Psychopharmaka.
- Zufriedene Angehörige, durch die Einbeziehung in die Pflege und durch das Beratungsangebot noch nach dem Aufenthalt.
- Reduktion der Komplikationsrate während des Krankenhausaufenthaltes und schnellere Rekonvaleszenz und somit eine Reduzierung des Drehtüreffekts.
- Legen von sinnvollen PEG-Sonden (vgl. Kolb, 2005).
- Und in Zeiten der Ökonomisierung des Gesundheitssystems immer bedeutenderen Aspekt, die stärkere „Kundenbindung“.

Schreier konstatiert, den Pflegekräften kommt in der Prävention und Behandlung der Mangelernährung eine besondere Rolle zu, die Pflegeperson hat Einblick in verschiedene Risikobereiche durch Nähe zum Betroffenen, sie arbeitet an den Schnittstellen, um rechtzeitige Ernährungstherapie zu veranlassen und sie hat vielfältige Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten im Bereich des Ernährungsverhaltens durch tägliche Interaktion mit den Betroffenen (vgl. Schreier, 2004, S. 48). Nach meinen Erkenntnissen könnten wir dem Problem der Mangelernährung in der Geriatrie am effektivsten mit einer geriatrischen Fachkraft für Ernährung begegnen (vgl. Das Prinzip der Specialist Geriatric Nurse in den USA, www.geronurseonline.org). Als „Process Owner“ in einer Matrixorganisation, steuert sie den Prozessablauf und ist für alle notwendigen Veränderungen und Anpassungen verantwortlich (vgl. Picot, 1997). Die im Krankenhaus üblichen Hierarchien bleiben unangetastet, doch durch die Zuständigkeiten für spezielle Bereiche können in der Praxis am Patienten und somit auch finanziell bessere Ergebnisse bei gleichzeitig höherer Kundenzufriedenheit erzielt werden.

Für die Zukunft ist ein interdisziplinäres Forschungsprojekt geplant, in dem die bisher subjektiv wahrgenommenen Ergebnisse empirisch nachgewiesen werden. Hierbei sollen neben quantitativen und qualitativen Kriterien auch ökonomische Aspekte empirisch überprüft und ausgewertet werden.

Christian Kolb
Klinikum Nürnberg Nord
Medizinische Klinik 2 / Station 61-Akutgeriatrie
Prof.-E.-Nathan-Str. 1 · 90419 Nürnberg
 Email: kolb@nahrungsverweigerung.de
 Internet: www.nahrungsverweigerung.de

Literaturverzeichnis:

- Amella JA (2004) Feeding and Hydration issues for older adults with dementia. *Nurs Clin N Am* 39, S. 607-623
- Bartholomeyczik S., et al (2006) Orale Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Internet: http://www.buko-qs.de/pdf/QN_II_Stand_100306.pdf (24.07.2006)
- Bauer JM., et al (2006) Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131, S. 223-227
- Blandford G., et al (1998) Assessing abnormal feeding behavior in dementia: a taxonomy and initial findings. In: Vellas B., et al: *Weight Loss & Eating Behavior in Alzheimer's Patients*, Springer, S. 47-64
- Covinsky KE., et al (2003) Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Apr; 51 (4), S.451-458
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.(2006) „nutritionDay 2006“ - Erste Resultate für Deutschland. Pressemitteilung. Internet: http://www.dgem.de/material/pdfs/NutritionDay06_Ergebnisse.pdf (24.07.2006)
- Kagansky N., et al (2005) Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *Am J Clin Nutr.* Oct; 82 (4): S.784-791
- Klostermann J. (2004) Zuwendung braucht Kompetenz und Zeit. *Pflegezeitschrift* 12/2004, S. 841-844
- Kolb C. (2005) Sinnvolle Lebensverlängerung oder Störung des natürlichen Sterbeprozesses? *ProAlter* 3/05, S. 36-42
- Mc Entee M., et al (1999) Clinical Oral Assessment Disorder in Elders Index. *Gerodontology*; 16(2), S. 85-96
- Monteleoni C., Clark E. (2004) Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *BMJ*; 329, S. 491-494
- Picot AH, et al (1997) Organisation „ eine ökonomische Perspektive. Schäffer, S. 179ff
- Pirlich et al. (2006) The German hospital malnutrition study. *Clinical Nutrition* Volume 25, Issue 4, S. 563-572
- Schreier M, Bartholomeyczik S (2004) Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen, Schlütersche
- Schreier M. (2005), Mangelernährung bei alten Menschen. *ProAlter* 3/05, S. 33-35
- Volkert D, et al. (2004) Leitlinie der Enteralen Ernährung der DGEM und DGG. Enterales Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. Aktuelle Ernährungsmedizin, Band 29, S. 198-225
- Warden V, et al (2003) Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* Jan-Feb;4(1), S. 9-15
- Wirth R (2005a) Demenz und Malnutrition „ Ursache „ Folge „ Wechselwirkung. In: *Euro J Ger* Vol. 7, No. 4, S. 316-317 (Abstract)
- Wirth R (2005b) Therapie der Mangelernährung im Alter. *Geriatric Journal*, 02/05, S.14