

Ernährung im Altenheim – Verantwortung der Pflegenden

S. Bartholomeyczik

Altenheimbewohner haben eine Prävalenz von Mangelernährung, die je nach Indikator ein Viertel beträgt, ein weiteres Viertel weist Risiken auf. Vor dem Hintergrund verbreiteter Multimorbidität, einem hohen Anteil demenzkranker Bewohner und hoher Pflegeabhängigkeit stellen sich umfangreiche Anforderungen an die Pflege. Wie nach dem gegenwärtigen Stand des Wissens (evidence-based) diese Rolle der Pflegefachpersonen aussehen muss, um die orale Nahrungsaufnahme sicherzustellen, ist in dem Expertenstandard des DNQP zum Ernährungsmanagement beschrieben.

Erarbeitet wurde der Expertenstandard nach den verbreiteten Methoden zur Entwicklung von Qualitätsinstrumenten mit Evidenz-Bewertung der internationalen Literatur, einer Expertengruppe für die Formulierung von Qualitätskriterien, einer fachöffentlichen Diskussion mit Konsensfindung und einer modellhaften Implementierung in mehr als 20 Einrichtungen mit einem anschließenden Audit. Die DNQP-Standards sind nicht settingspezifisch, gelten also auch für andere Bereiche, in denen gepflegt wird (Krankenhaus, ambulante Versorgung) und sind monodisziplinär

angelegt. Ihr besonderer Stellenwert besteht darin, dass sie die Verantwortlichkeiten der Pflegefachpersonen festlegen, die erforderliche Pflegequalität definieren und Schnittstellen zu anderen Professionen und Bereichen beschreiben. In Altenheimen haben Pflegefachpersonen jedoch eine besondere Verantwortung, weil sie als einzige Professionelle ständig vor Ort sind.

Pflegende müssen mit einem einfachen Screening Risiken für Mangelernährung erkennen und daran anknüpfend nach Gründen für eine unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme suchen. Da dies sowohl akute Krankheiten als auch kulturspezifische Abneigungen, Ängste und Depressivität, Dysphagie oder kognitive Beeinträchtigungen sein können, empfiehlt sich hier ein strukturiertes Vorgehen. Dies bedeutet auch, Experten wie Diätassistentinnen, Ärzte, Logopäden oder die Küche hinzuzuziehen. Empfohlen wird ein Ernährungsteam, das von Pflegenden organisiert wird und auf einer vom Management verantworteten und multiprofessionell geltenden Verfahrensregelung aufbaut. Ebenfalls wird ein Verpflegungskonzept gefordert, auf dessen Basis die individuell abgesprochene Ernährungsplanung durchge-

führt werden kann. Für eine angemessene Unterstützung müssen die Pflegenden insbesondere die Risiken bei Dysphagie, eingeschränkter Mundgesundheit und Demenz kennen. Förderung der Autonomie, personelle Kontinuität und angemessene Gestaltung der Umgebung sind wichtige Maßnahmen zur Erfüllung der Bewohnerbedürfnisse. Pflegende sollen außerdem Bewohner und Angehörigen zu Risiken der Mangelernährung beraten können und ihre Maßnahmen in regelmäßigen Abständen oder bei Veränderungen des Gesundheitszustands evaluieren. Die Sicherstellung der oralen Nahrungsaufnahme kann eine Mangelernährung jedoch nicht grundsätzlich verhindern. Die größte Herausforderung besteht darin zu erkennen, ob ein Bewohner nicht essen kann oder nicht möchte. Letztlich ist der mutmaßliche Bewohnerwille ausschlaggebend, gerade wenn ein Bewohner sich nicht mehr selbst äußern kann.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Sabine Bartholomeyczik
Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft)
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 12
58453 Witten
E-Mail: Sabine.Bartholomeyczik@uni-wh.de

Exsikkose – Bedeutung und Therapie

J. Zeeh

Ein 70 kg schwerer Mensch besteht zu zwei Dritteln aus Wasser. Mit zunehmendem Alter nimmt dieser wässrige Anteil jedoch ab und beträgt beim Hochbetagten nur noch ein Drittel. Die Nieren benötigen, da sie den Urin nicht beliebig stark konzentrieren können, ein Mindestvolumen von täglich ca. 1 l an Wasser, um die Stoff-

wechselndprodukte auszuscheiden. Ferner gehen pro Tag 500 ml Wasser als Dampf mit der Atmung verloren. Diese 1,5 l werden täglich aus dem – im Alter kleineren – Wasserpool abgezogen. Ein kleinerer Wasserpool ist aber störungsanfälliger. Wird der Verlust nicht ersetzt, droht Exsikkose mit Dekompensation elementarer

Körperfunktionen. Exsikkose zählt zu den häufigsten Ursachen eines akut verschlechterten Allgemeinzustandes bei hochbetagten Menschen und kann zu Kreislaufdysregulation, Stürzen und akuten Verwirrheitszuständen führen und das Auftreten von unerwünschten Medikamentenreaktionen begünstigen. Bei bis zu 25 % aller aku-

ten Krankenhauseinweisungen von geriatrischen Patienten ist eine Exsikkose ursächlich beteiligt. Wenn Trinken zum Ausgleich einer drohenden oder manifesten Exsikkose nicht mehr funktioniert, weil der Patient z. B. zu vigilanzgemindert ist oder delirant-verweigernd, hat sich die subkutane Flüssigkeitszufuhr (Hypodermoclysis) als einfache, elegante und praktisch überall anwendbare Methode etabliert. Bedenken betreffend eine unzureichende Bioverfügbarkeit subkutan

applizierter Flüssigkeit (z. B. Ringerlösung) haben sich als unzutreffend erwiesen, und die passagere Schwellung um die Kanüleneinstichstelle herum ist harmlos und für den Patienten nicht schmerzhaft. Mit Tutofusin gibt es seit 2010 sogar eine offiziell für die subkutane Applikation zugelassene Infusionslösung. Somit steht für exsikierte Patienten und Bewohner eine der intravenösen Flüssigkeitsgabe an Effektivität ebenbürtige Technik zur Verfügung, die einfacher und –

für Patient und Arzt – stressärmer ist und weniger Kosten verursacht als die in aller Regel an einen Krankenhausaufenthalt gebundene intravenöse Rehydrierung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Joachim Zeeh
Geriatrische Fachklinik »Georgenhaus«
Sozialwerk Meiningen gGmbH
Ernststraße 7
98617 Meiningen

PEG – Segen oder Fluch?

R. Wirth

Die erste perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) wurde 1979 von dem amerikanischen Kinderchirurgen Michael Gauderer und Kollegen bei einem kleinen Kind durchgeführt. Ausgangspunkt für diese Methode war die Intention, den schwerkranken Kindern einen operativen Eingriff zur Anlage einer Ernährungsfistel und die dazugehörige Narkose zu ersparen. Nach Publikation der Methode 1980 wurde diese elegante Technik sehr schnell angenommen und in den medizinischen Alltag integriert. 1984 wurde sie in Deutschland eingeführt und war bereits 1990 eine Standardmethode, die praktisch in jedem deutschen Krankenhaus verfügbar war. Als Zugang zur enteralen Langzeiternährung ist die PEG nach wie vor eine elegante Methode, die sich großer Beliebtheit erfreut. In Deutschland gehen wir von etwa 120.000 PEG-Anlagen pro Jahr aus; weltweit dürften es etwa 1.000.000 Anlagen pro Jahr sein. Mit zunehmender Anwendung dieser Technik wurden die Sonden mehr und mehr auch bei älteren Patienten gelegt, die heute die größte Patientengruppe mit PEG-Sonden darstellen. Problematisch ist hierbei die Tatsache, dass fast keine randomisierten kontrollierten Studien verfügbar sind, die den Nutzen dieser Methode gegenüber alternativen Formen der künstlichen Ernährung darstellen. So werden die

meisten PEG-Sonden heute bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz und Ernährungsproblemen gelegt, obwohl keine einzige prospektive Studie den Nutzen dieser invasiven Maßnahme bei dieser Indikation untersucht hat. In den bisherigen Retrospektivanalysen konnte zudem kein Nutzen bei dieser Indikation belegt werden.

Unabhängig von der Indikation findet sich bei älteren Patienten eine relativ hohe Sterblichkeit nach Anlage einer PEG, wie eine Metaanalyse von Mitchel et al. aus dem Jahre 2000 zeigen konnte. Hier fand sich eine Mortalität von 19 % nach einem Monat und 44 % nach sechs Monaten. Bisher wurde diese hohe Sterblichkeit im Wesentlichen auf eine ungünstige Indikationsstellung bzw. Patientenselektion zurückgeführt, also die PEG beim quasi »hoffnungslosen« Patienten. In den letzten drei Jahren mehren sich aber die Hinweise darauf, dass die hohe Frühsterblichkeit auch partiell durch Komplikationen der Methode selbst bedingt sein könnte. So konnten Grant et al. 2009 belegen, dass die prozedurenbedingte Mortalität der PEG bei Patienten mit Kopfhals-Tumoren mit 2,2 % veranschlagt werden muss. Johnston et al. zeigten 2008 in einer englischen Datenbankanalyse, dass 43 % aller Patienten, die innerhalb eines Monats nach PEG-Anlage verstarben, dies innerhalb einer

Woche taten. Auch in dieser Publikation wird gemutmaßt, dass auch prozedurenbedingte Komplikationen wahrscheinlich eine erhebliche Rolle spielen. In einer eigenen multizentrischen Beobachtungsstudie an 197 geriatrischen Patienten fand sich eine prozedurenbedingte Mortalität von mindestens 2 %, an der schwere Wundinfektionen in erheblichem Maße beteiligt waren (Wirth et al., JAMA 2011). Unter Berücksichtigung dieser neueren Daten muss gegenwärtig davon ausgegangen werden, dass die Anlage einer PEG-Sonde bei einzelnen vulnerablen Patientengruppen, wie den multimorbiden geriatrischen Patienten, nicht als komplikationsarm zu werten ist. Vor diesem Hintergrund sollte die Indikation zur PEG-Anlage bei diesen Patienten sorgfältig und mit geriatrischem Sachverstand geprüft werden. Zudem sollten zukünftige prospektive randomisierte Studien klären, ob alternative Formen der Ernährungstherapie der PEG-Sonde bei bestimmten Indikationen überlegen sind.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rainer Wirth
St. Marien-Hospital
Borken GmbH
Klinik für Geriatrie
Am Boltenhof 7
46322 Borken
E-Mail: geriatric@hospital-borken.de