

forum

ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ
ONKOLOGISCHER KRANKEN -
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

© Vordergrund: Gina Sanders, Hintergrund: photomim, beide Fotolia.com



ERNÄHRUNGSMANAGEMENT

ASSESSMENT UND UMSETZUNG

PFLEGEVISITE | S. 49

THEORETISCHER HINTERGRUND
DEFINITIONEN, GESETZLICHE GRUNDLAGEN
PRAKTISCHE UMSETZUNG

PATIENTENINFORMATIONEN | S. 45

EVIDENZBASIERT
ENTWICKLUNG UND EVALUATION
INHALTE UND DARSTELLUNG
BEDEUTUNG FÜR DIE PFLEGE



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG
MÜNCHEN

forum ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ
ONKOLOGISCHER KRANKEN -
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegenden in der Onkologie, Medizinische Fachangestellte in der Onkologie, im Kontext der onkologischen Pflege pädagogisch, psychosozial und wissenschaftlich tätige Personen.

Schriftleitung (v.i.S.d.P.)

- Christian Wylegalla, Freiburg
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de
- Mirko Laux, Frankfurt
laux@kok-krebsgesellschaft.de
- Kerstin Paradies, Hamburg
paradies@kok-krebsgesellschaft.de

Herausgeberteam

- Uwe vom Hagen, Berlin
vomhagen@kok-krebsgesellschaft.de
- Tobias Klein, Hamburg
klein@kok-krebsgesellschaft.de
- Prof. Dr. Karl Reif, Bremen
reif@kok-krebsgesellschaft.de
- Ulrike Ritterbusch, Essen
ritterbusch@kok-krebsgesellschaft.de
- Daniel Wecht, Cölbe
wecht@kok-krebsgesellschaft.de
- Isolde Weisse, Stuttgart
weisse@kok-krebsgesellschaft.de

Redaktionsleitung (im Verlag)

Dr. Anne Glöggler
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)
Gabriele Blettner, Wiesbaden
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen
Francisco de la Fuente y Briones, Schorndorf
Rosemarie Bristrup, Berlin
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe
Dr. Markus Follmann, Berlin
Carola Freidank, Hannover
Bernhard Glawogger, Graz (A)

Gabriele Gruber, München
Dr. Ulrike Helbig, Berlin
Dr. Jutta Hübner, Frankfurt
Dr. Patrick Jahn, Halle
Dr. Monika Kücking, Berlin
Prof. Dr. Margarete Landenberger, Halle
Andrea Maiwald, Kempten
Sara Marquard, Münster
Karin Meißler, Winsen
Brigitte Overbeck-Schulte, Bonn
Sabine Ridder, Zittau
Ralf Schmackner, Varel
PD Dr. Henning Schulze-Bergkamen,
Heidelberg
Prof. Margot Sieger, Hattingen
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn, Freiburg
Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner, Potsdam
Dr. Simone Wesselmann, Berlin
Esther Wiedemann, Berlin

Industriepartner

Wir bedanken uns bei den folgenden Firmen für deren Unterstützung:
Bendalis GmbH
Eusa Pharma GmbH
Novartis Pharma GmbH
Pierre Fabre Pharma GmbH
Roche Pharma AG

Manuskripte

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Der Autor gewährleistet, dass sein Manuskript oder Teile daraus nicht dem Urheberrecht Dritter unterliegen bzw. dass gegebenenfalls dem Autor die Genehmigung des Copyright-Inhabers vorliegt. Über die Annahme zur Publikation entscheiden die Herausgeber und der Verlag.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur

Vergabe von Nachdruckrechten, zu elektronischer Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

Wichtige Hinweise

Vor der Verwendung eines jeden Medikaments müssen der zugehörige wissenschaftliche Prospekt und der Beipackzettel mit den Angaben in dieser Publikation verglichen werden. Neue Erkenntnisse über Toxizität, Dosierung, Applikationsart und Zeitpunkt können jederzeit zu anderen Empfehlungen, auch zum Verbot bisheriger Anwendungen, führen. Außerdem sind Druckfehler trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Rubriken OnkoNews und Update Onkologie erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber und des Verlags.

Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Leistungen von Schadenersatz.

Abonnement

Jahresabonnement (4 Hefte): Euro 42,00
Jahresabonnement für Mitglieder der KOK: Euro 32,00 (inkl. MwSt., zuzüglich Versandpauschale innerhalb Deutschlands Euro 5,00 pro Jahr, für das europäische Ausland 16,00 Euro pro Jahr)

Verlag

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
für Medizin und Naturwissenschaften
Industriestraße 1
D-82110 Germering/München
Tel.: +49 (0) 89 894349-0
Fax: +49 (0) 89 894349-50
post@zuckschwerdtverlag.de
www.zuckschwerdtverlag.de

Anzeigenleitung (verantwortlich)

Manfred Wester
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH
wester@zuckschwerdtverlag.de

Printed in Germany
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2012 by
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH



Beteiligungsverhältnisse gem. § 8 Abs. 3 BayPrG:
100% Werner Zuckschwerdt, Verleger, D-82110
Germering/München

EDITORIAL

F



„Essen hält Leib und Seele zusammen“, wie schon der Volksmund in einer Alltagsweisheit sagt. Dabei soll Ernährung nicht nur Verpflegungs- und Sättigungsinhalt sein, sondern auch Erlebnis- und Beziehungskultur. Zum Thema Ernährung und Krebs finden sich unzählige Publikationen, mitunter auch solche, die Patienten und uns Professionellen glaubhaft machen wollen, dass eine „Krebsdiät“ die Erkrankung heilen kann. Solche wiederkehrenden Meldungen verunsichern nicht nur unsere Patienten.

Wir wissen, dass die richtige Ernährung bei Krebserkrankungen eine ausschlaggebende Rolle spielt. Denn Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Übelkeit gehören zu den belastenden Begleitern auf dem Weg aus der Krankheit. Aber was ist richtige Ernährung?

Auch ist bekannt, dass Mangelernährung bei Tumorpatienten ein häufiges Phänomen ist. Die Angaben zur Häufigkeit liegen zwischen 30 und 90 %, je nach Typ, Lokalisation, Art und Stadium des Tumors, Tumorausbreitung und Antitumortherapie. Wie begegnen wir in der alltäglichen Pflege dieser Problematik?

Wunschziel wäre eine individuelle Verbesserung des Ernährungszustandes unserer Patienten zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität und letztendlich zur Verbesserung der Prognose.

Mit der aktuellen Ausgabe des Forum Onkologische Pflege wollen wir die Ernährung von Krebspatienten in den Fokus rücken und Sie im Schwerpunktteil umfangreich zum Thema informieren.

In Anlehnung an fachkompetentes professionelles Pflegehandeln haben wir den Schwerpunkt sowohl auf Diagnostik und

Assessmentverfahren gelegt als auch auf Möglichkeiten, die Ernährungssituation unserer Patienten zu verbessern. Ebenso informieren wir Sie über das Umsetzen von leitlinienkonformen Standards und die Auswirkungen eines Enterostomas auf die Ernährung.

Deutlich wird in den Fachbeiträgen, dass die Verbesserung der Ernährung unserer onkologischen Patienten maßgeblich von einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit abhängt. Und letztendlich auch davon, das Wissen um die Ernährung in den Pflegealltag zu integrieren.

Im Fortbildungsteil haben wir neben den Ihnen schon bekannten Rubriken KOKpedia Nebenwirkungen und Arzneimittel das Thema Pflegevisiten aufgegriffen. Durch die Forderung regelmäßiger Pflegevisiten in den Zertifizierungsrichtlinien bekommen wir immer wieder Fragen rund um dieses Thema. Zwei Artikel vertiefen dieses Thema ab Seite 49.

Sie werden bemerken, dass hier durchaus konträre Positionen vertreten werden. Beide Artikel machen die Notwendigkeit der Pflegevisite deutlich, auch wenn die Forderung der Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung im Rahmen der Zertifizierungsrichtlinien zu Diskussionen anregt.

Wie denken Sie darüber?

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns an Ihren Erfahrungen teilhaben lassen (forum@kok-krebsgesellschaft.de).


Mirko Laux

INHALTSVERZEICHNIS



1

PANORAMA

- 1 Editorial
- 4 Vorstand aktuell (K. Paradies)
- 5 DKG aktuell (J. Bruns)
- 6 Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO) (J. Hübner)
- 8 Bericht von der Fortbildung: Krebstherapie im Alltag – MFAs als wichtige Partner im Therapieprozess (H. Nitsche)
- 9 Arbeitsgruppe Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung (M. Laux)
- 9 Sommertreffen der FPO und der Pflegekräfte in der ATO (I. Weisse)
- 10 Zentrumsbildung und Zertifizierung für eine hochwertige onkologische Versorgung (K. Almstedt, M. W. Beckmann)
- 13 Portrait: Gudrun Werfl
- 15 Randnotiz
- 26 Vorschau auf Heft 4 – Dezember 2012
- 62 Buchbesprechung
- U2 Impressum
- U4 Veranstaltungskalender

16

SCHWERPUNKT

- 16 Ernährungsstatus: Ein übersehenes Vitalzeichen (N. Erickson, D. Buchholz)
- 19 Diagnostik und Testverfahren in der Ernährungsmedizin (I. Müller)
- 22 Malnutrition und Gewichtsverlust (A. Kröner, H. Stoll, R. Spirig)
- 27 nutritionDay im Krankenhaus: Schwerpunkt Onkologie (K. Schindler)
- 32 Expertenstandard Ernährungsmanagement (P. Renz)
- 36 Praktische Umsetzung der S3-Leitlinien zur enteralen und parenteralen Ernährung (J. Arends)
- 39 Genussvoll Essen trotz Stoma? (G. Gruber)

42

AUSLESE

- 42 Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Patienten (E. Sirsch)
- 45 Der Weg zu einer evidenzbasierten Patienteninformation (A. Gerlach)

49

FORTBILDUNG

- 49 Pflegevisiten in der Onkologie (C. Heering)
- 54 Onkologische Pflegevisite als Qualitätsmerkmal der Pflege in der Onkologie (I. Weisse, C. Wylegalla)

KOK_{pedia}

- 58 Nebenwirkungen: Hauttoxizität durch EGFR-Inhibitoren (H. J. Fink, D. von Holdt)
- 63 Arzneimittel: Imatinib (A. Schwehr)



Kerstin Paradies

Sprecherin des Vorstands
paradies@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand **aktuell**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Vor einem Jahr ist unsere Zeitschrift „Forum Onkologische Pflege“ an den Start gegangen. Seither informieren wir Sie aktuell über berufspolitische Entwicklungen, Schwerpunkt- und Fortbildungsthemen in der onkologischen Pflege und werden dies auch in Zukunft ambitioniert tun. Fort- und Weiterbildung, Stärkung und Unterstützung der onkologischen Fachpflegekräfte in den Zentren, Umsetzung von Tätigkeitsfeldern der Fachkräfte, Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und die Stärkung des Berufsbildes onkologisch Pflegenden in der Außendarstellung – das sind nur einige der wichtigen Themen, mit denen sich die KOK auseinandersetzt.

Mit dem aktuellen Exemplar halten Sie die 6. Ausgabe in den Händen. Das Feedback unserer Leserinnen und Leser ist überwiegend sehr positiv. Das freut uns, gleichzeitig motiviert es uns, auch in Zukunft für Sie interessante Themen, Beiträge und Referenten zu akquirieren.

Ich möchte diese Ausgabe auch zum Anlass nehmen, Sie um Ihre Meinung zu bitten. Schreiben Sie uns – Ihre Fragen, Anregungen, Wünsche und Visionen. Wie kommen Sie z. B. persönlich damit zurecht, dass Ihnen von ärztlicher Seite zunehmend Aufgaben übertragen werden, für deren Bewältigung Sie we-

der ausgebildet sind noch bezahlt werden? Wie stellen Sie sicher, dass Sie für Ihre pflegende Tätigkeit hinreichend haftpflichtversichert sind? Aber auch über Leserbriefe zu anderen Themen freuen wir uns (forum@kok-krebsgesellschaft.de).

Wir werden Ihre Zuschriften veröffentlichen, um damit einen Austausch mit anderen Leserinnen und Lesern anzuregen und nachhaltige Denkansätze zu schaffen. Denn unsere Zeitschrift lebt vom Input ihrer geneigten Leserschaft!

In der KOK ist Bewegung und Entwicklung, so hat sich die Mitgliederzahl in den letzten Jahren wie folgt entwickelt: Lag die Mitgliederzahl 2010 noch bei 1251, stieg sie 2011 bereits auf 1372 an. In diesem Jahr sind weitere Mitglieder hinzugekommen, sodass die KOK nun 1431 Mitglieder zählt, Tendenz steigend!

Diese Zahlen sind ein zusätzlicher Ansporn für den Vorstand, Beirat sowie die internen Arbeitsgruppen, sich noch engagierter um die Bedürfnisse und Belange der onkologischen Pflege zu kümmern. Durch die steigende Mitgliederzahl gewinnt die KOK zunehmend an politischem Gewicht und kann sich nachhaltiger positionieren. Sofern Sie noch nicht KOK-Mitglied sind: „Kommen Sie zu uns und stärken Sie durch Ihre Mitgliedschaft die Vertretung Ihrer Interessen.“

Ihre

Kerstin Paradies

Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
bruns@krebsgesellschaft.de



DKG aktuell

Der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft wurde neu gewählt

Die Delegierten der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) haben sich am 23. Juni 2012 in Frankfurt getroffen, um ihre jährlich stattfindende Versammlung abzuhalten. In diesem Jahr war einer der zentralen Punkte die Neuwahl eines neuen Vorstandes. Zum Präsidenten der größten onkologischen Fachgesellschaft in Deutschland wurde für die nächsten zwei Jahre Herr Professor Dr. Wolff Schmiegel aus Bochum gewählt. Er löste den bisherigen Amtsinhaber Professor Dr. Dr. h. c. Werner Hohenberger aus Erlangen ab, der sich bei allen Mitstreitern der letzten Jahre ausdrücklich bedankte und dem neuen Vorstand viel Erfolg bei seiner zukünftigen Arbeit wünschte. Ebenfalls zum neuen Vorstand gehört als Vizepräsident der Urologe Herr Professor Dr. Peter Albers aus Düsseldorf. Zum Schriftführer wurde der internistische Onkologe und Hämatologe Herr Professor Dr. Carsten Bokemeyer aus Hamburg und als Schatzmeister der Strahlentherapeut Herr Professor Dr. Thomas Wiegel aus Ulm wieder gewählt. Mit Herrn Professor Dr. Michael Hallek aus Köln übernahm der bereits im letzten Jahr von den Delegierten bestimmte Präsident des nächsten Deutschen Krebskongresses sein Amt.

Auf ihrer Delegiertenkonferenz gab die Deutsche Krebsgesellschaft außerdem bekannt, dass mit der Deutschen Krebshilfe ein Kooperationsvertrag geschlossen wird. Darin wird eine Reihe von Projekten beschrieben, bei denen zukünftig die Zusammenarbeit weiter intensiviert werden wird. Dazu zählen unter anderem Kongress- und Informationsveranstaltungen, wie etwa der Deutsche Krebskongress. Beide Organisationen haben nach ihren Satzungen grundsätzlich das gleiche Ziel der Krebsbekämpfung, allerdings mit unterschiedlicher Herangehensweise. Während sich die Deutsche Krebshilfe als Bürgerbewegung im Kampf gegen den Krebs versteht, ist die Deutsche Krebsgesellschaft die älteste und größte interdisziplinäre

onkologische Fachgesellschaft in Deutschland. Die DKG bringt ihr Wissen als ärztliche Fachgesellschaft ein und die Deutsche Krebshilfe als Förder- und Hilfsorganisation setzt viele wichtige Projekte um. Durch die Kooperation werden Synergien im Sinne einer besseren Patientenversorgung erreicht.

Der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft im Einzelnen:

Präsident: Prof. Dr. Wolff Schmiegel (Bochum)
Vizepräsident: Prof. Dr. Peter Albers (Düsseldorf)
Kongresspräsident: Prof. Dr. Michael Hallek (Köln)
Schatzmeister: Prof. Dr. Thomas Wiegel (Ulm)
Schriftführer: Prof. Dr. Carsten Bokemeyer (Hamburg)

Vorstandsmitglieder der DKG-Sektion A (Repräsentanten der Landeskrebsgesellschaften): Prof. Dr. Andreas Hochhaus (Jena), Prof. Dr. Christian Jackisch (Darmstadt)

Vorstandsmitglieder der DKG-Sektion B (Repräsentanten der Arbeitsgemeinschaften der DKG): Prof. Dr. Rainer Engers (Düsseldorf), Prof. Dr. Olaf Ortmann (Regensburg)

Vorstandsmitglieder der DKG Sektion C (Repräsentanten der fördernden Mitglieder): Dr. Franz Ameismeier (München), Dr. Erich Enghofer (Leverkusen)

Generalsekretär: Dr. Johannes Bruns (Berlin)

Darüber hinaus gehören dem Vorstand als Beisitzer ein Vertreter der Geschäftsführer der Landeskrebsgesellschaften an (Frau Dr. Schrader) sowie jeweils ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaften mit mehr als 500 Mitgliedern. Hier ist für die KOK Frau Kerstin Paradies tätig. Vertreterin der Selbsthilfeorganisationen ist Frau Karin Meißler.

Dr. Johannes Bruns

Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO)

Die PRIO – Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie – wurde auf dem Krebskongress 2010 gegründet. Sie besteht aus den 4 Arbeitsgruppen Prävention, komplementäre Onkologie, Ernährung und körperliche Aktivität. Auf den ersten Blick erscheint diese Zusammenfassung eher bunt, vielleicht sogar willkürlich. Die Gemeinsamkeiten haben den Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft jedoch davon überzeugt, dass hier eine sinnvolle Bündelung von Kräften zur gegenseitigen Unterstützung entstehen kann.

Auf internationaler Ebene hat sich für die Zusammenführung von wissenschaftlich begründbaren traditionellen und naturheilkundlichen Therapieformen und der konventionellen wissenschaftlichen Medizin der Begriff Integrative Medizin durchgesetzt. Sie nutzt Synergien zum Beispiel von medikamentöser Therapie und Lebensstilveränderungen zur Senkung von Inzidenz oder Rezidivrisiko bei unterschiedlichen Erkrankungen.

Insgesamt ergänzen sich die Inhalte der vier Bereiche optimal. Körperliche Aktivität und Ernährung stellen wesentliche Aspekte der Prävention dar, haben aber auch einen Stellenwert in der Therapie und Nachsorge, wo für viele Patienten die Frage der komplementären Therapie wesentlich ist. Hier bieten körperliche Aktivität und Ernährung wichtige evidenzbasierte Antworten auf die Frage: Was kann ich sonst noch tun? Nahrungsergänzungsmittel und sekundäre Pflanzenstoffe werden einem Grenzgebiet zwischen Ernährungsmedizin und komplementärer Onkologie zugeordnet.

In der komplementären Onkologie sind wir es gewohnt, dass Patienten von sich aus die Frage stellen, was sie sonst noch tun können. Wir würden uns diese Frage aber nicht nur von einigen Patienten, sondern von allen wünschen, und nicht nur im Hinblick auf die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, (extra)europäischen „Heil“pflanzen etc., sondern ganz substantiell zum Beispiel im Hinblick auf Ernährung und Bewegung zur Verbesserung der Prognose.

So werden Prävention und komplementäre Onkologie voneinander lernen können – inhaltlich im Bezug auf Studien und v. a. in der Schlüsselfrage, wie verbessern wir das Patientenselbstmanagement und stärken die Eigenverantwortung; die Patientenmotivation ist dabei ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Forschung kann nur erfolgreich sein, wenn Kräfte gebündelt werden, Einzelaktivitäten sich in eine Gesamtstrategie einfügen und alle auf diesem Bereich tätigen Gruppen kooperie-

ren. Als Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft stehen der PRIO vielfältige Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Arbeitsgemeinschaften offen, aber auch mit anderen Fachgesellschaften.

Die Aufgaben der PRIO laut Satzung:

- Förderung der Wissenschaft und Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Prävention, der Ernährung, des Sports und der komplementären Therapien in der Onkologie
- Koordination und Ausführung wissenschaftlicher Untersuchungen, insbesondere klinisch-wissenschaftlicher Studien, Förderung translationaler Ansätze
- wissenschaftliche Zusammenarbeit mit anderen onkologischen Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften sowie sonstigen wissenschaftlichen Organisationen im In- und Ausland
- Förderung des Bewusstseins der Bedeutung der Prävention onkologischer Erkrankungen in der Bevölkerung, in Medien und bei gesellschaftlichen Entscheidungsträgern
- Entwicklung von Modellprojekten sowie flächendeckenden Projekten in Netzwerken und Verbänden zur Förderung von Präventionen, Sport und gesunder Ernährung
- Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die komplementäre Onkologie
- Kooperation mit der Selbsthilfe in den vier Kernbereichen der Arbeitsgemeinschaft
- Förderung von Einrichtungen an den onkologischen Spitzenzentren und an Tumorzentren für die Bevölkerung und für Patienten, die sich den vier Bereichen von PRIO widmen
- Förderung der internationalen Zusammenarbeit

Fast alle unserer Bereiche wurden bisher, abgesehen von dem Engagement Einzelner, die teilweise Pionierarbeit geleistet haben, in Deutschland kaum wissenschaftlich vertreten. Deshalb konzentrieren wir uns derzeit in den vier Arbeitsgruppen auf die Entwicklung von Strategien für eine gezielte Forschungsplanung und erste kleinere grundlegende Projekte. Forschung in den vier Feldern ist meist mit komplexen Fragestellungen und damit aufwendigen Forschungsansätzen verbunden. Dies impliziert, dass für ihre Durchführung gute Netzwerke vorliegen, die interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend sind. Neben der Forschung geht es auch um die Verbesserung der Patientenversorgung. Dazu gehört die Beteiligung an Leitlinien und den verschiedenen Zertifizierungskommissionen der DKG.

Aktivitäten der Arbeitsgruppen

Ernährung

- Aufbau eines Netzwerks „Ernährung in der Onkologie“, Zusammenführung potenzieller Mitsreiter
- Anerkennung des Beitrags der Ernährungsberatung in einem onkologischen Gesamtkonzept

Körperliche Aktivität

- aktuelle Forschungstätigkeit: zugrunde liegende biologische Mechanismen; Wirkung von körperlicher Aktivität auf das Tumorgeschehen
- Tertiärprävention als Forschungsfeld zu den ganzheitlichen Effekten von hinreichender Bewegung vor und nach einer Krebsdiagnose auf den Krankheitsverlauf, aber auch auf die Verminderung von Nebenwirkungen, eine Verbesserung der Lebensqualität, weiterer psychologischer Faktoren und der Therapie-Compliance
- Schaffen von spezifischen und individualisierten Trainings- und Übungsprogrammen für Patienten, auch in komplizierten und/oder weit fortgeschrittenen Tumorsituationen, Anpassen der Therapieinhalte an die aktuell stattfindende Therapie; Entwicklung und Evaluation leistungsdiagnostischer Methoden für eine optimale Steuerung der Bewegungstherapie

Komplementäre Medizin

- Stellungnahmen zu alternativen Heilmethoden: ketogene Kost, dendritische Zellen, Hyperthermie, onkolytische Viren
- Verbundprojekt Naturstoffe (Kooperation zwischen Grundlagenforschern und Klinikern)
- Seminar zur komplementären Onkologie im Rahmen des deutschsprachigen eso-Programmes; auch im deso-Programm 2013; Erweiterung vorgesehen, sodass auch Krankenpflegekräfte und Arzthelferinnen mit onkologischem Schwerpunkt teilnehmen können

Prävention

- Ausschusssitzungen Prävention mit anderen Fachgesellschaften und Vertretern der Landeskrebsgesellschaften, die die primäre Prävention im weiteren Kontext der non communicable diseases (NCD) betreiben; Ziel: das Thema in Gesellschaft, Medien und Politik weiter publik zu machen und im Gesundheitssystem zu verankern

Eine wichtige Diskussion wird derzeit um den Begriff Integrative Onkologie geführt. Integrative Onkologie ist aus unserer Sicht im Wesentlichen die Orientierung auf den Patienten – welche therapeutischen Methoden zum Einsatz kommen, tritt dabei zunächst in den Hintergrund. Im Vordergrund stehen Kommunikation, Verständnis, Empathie und Authentizität. Die Frage, wie Patientenorientierung umgesetzt werden kann, wird nicht durch das Hinzufügen von komplementärer zu konventioneller Onkologie beantwortet. Ob und wenn ja in welchem Umfang sich der Einzelne dann mit komplementärer Medizin auseinandersetzt, ist der 2. Schritt und eine persönliche Entscheidung. Die beschriebene Grundhaltung der Integrativen Onkologie ist das wesentliche Element und sie ist unabhängig von Komplementärmedizin. Integrative Onkologie ist keine allein ärztliche Verantwortung, sondern profitiert insbesondere von der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Erst damit wird es gelingen, eine wahrnehmbar bessere Versorgung unserer Patienten zu erreichen. Kommunikation, Verständnis und Authentizität sind aus unserer Sicht auch essenzielle Grundlagen eines guten (beruflichen) Miteinanders.

Die Arbeitsgruppen der AG PRIO sind offen für alle interessierten Mitglieder der Deutschen Krebsgesellschaft. ■

Jutta Hübner

Vorsitzende der AG PRIO

huebner@med.uni-frankfurt.de

Sagen Sie uns Ihre Meinung!



forum
ONKOLOGISCHE
PFLEGE

- ▶ Was gefällt Ihnen besonders gut?
- ▶ Was würden Sie verändern?
- ▶ Möchten Sie etwas zu einzelnen Beiträgen anmerken oder ergänzen?
- ▶ Kommunizieren Sie mit uns – wir machen die Zeitschrift für Sie!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter
forum@kok-krebsgesellschaft.de



Karin Schindler

Medizinische Universität Wien, Klinik für Innere Medizin III,
Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel

nutritionDay im Krankenhaus: Schwerpunkt Onkologie

Die Problematik der krankheitsassoziierten Mangelernährung wird bereits seit den 1970er-Jahren erforscht [1, 2]. In der deutschen Studie „Mangelernährung im Krankenhaus“ wurde bei stationärer Aufnahme, in Abhängigkeit von der Fachrichtung, bei 8–56 % der Patienten zumindest ein Mangelernährungsrisiko diagnostiziert [3]. Die Onkologie wurde mit einer Prävalenz von 36 % nur noch von der Geriatrie überholt [3]. Gewichtsverlust und Mangelernährung sind für die Prognose relevant [4, 5]. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Krebspatienten erheblich [6].

Wie verschiedene Studien zeigen, können ernährungstherapeutische Interventionen, vorzugsweise im Stadium der Präkachexie, die Lebensqualität [7] und die Verträglichkeit einer Chemotherapie [8] verbessern, aber auch die Überlebenszeit verlängern [9].

Trotz der bekannten negativen Effekte von ungewolltem Gewichtsverlust und Mangelernährung und der positiven Auswirkungen einer frühzeitigen Ernährungstherapie wird in Deutschland und Österreich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern seltener ein Ernährungs-Screening bei stationärer Aufnahme durchgeführt [10] (Abb. 1). Das Monitoring des Gewichts und der Nahrungsaufnahme, auch bei Krebspatienten, wird häufig vernachlässigt [10, 13]. Nur ein geringer Prozentsatz der Patienten wird mit künstlicher Ernährung behandelt [14], (Tab.1).

Die Gründe für die nahezu unverändert hohe Mangelernährungsprävalenz (Abb. 2) und die untergeordnete Bedeutung der Ernährungsmedizin im Behandlungsprozess sind vielfältig, zu nennen sind (nach [15]).

- eine fehlende einheitliche, allgemein akzeptierte Definition der Mangelernährung [16]
- unterschiedliche Diagnosemethoden [16] und fehlende Priorität im Behandlungsprozess [10]
- Nicht-Essen und Appetitlosigkeit wird oft als nicht behandlungsbedürftiger Bestandteil einer Erkrankung von Behandlern und Patienten akzeptiert
- ein fehlender, unmittelbar sichtbarer Zusammenhang zwischen ernährungsmedizinischer Intervention und Genesung
- mangelernährte Patienten sind, im Gegensatz zu Schmerzpatienten, still, oft apathisch

Wie die Referenzdaten des nutritionDay 2011 zeigen, kann auch in der Onkologie ein Optimierungspotenzial angenommen werden: Von 1165 Patienten, die am nutritionDay auf onkologischen Station betreut wurden, waren 15 % in einem terminalen Stadium ihrer Erkrankung. Die Patienten hatten einen mittleren Body-Mass-Index von $24,6 \pm 5,5 \text{ kg/m}^2$. Jeder zweite Patient berichtete einen ungewollten Gewichtsverlust. Die Hälfte hatte mehr als fünf Kilo abgenommen. Das alleinige Heranziehen des BMI zur Beschreibung des Ernährungsstatus

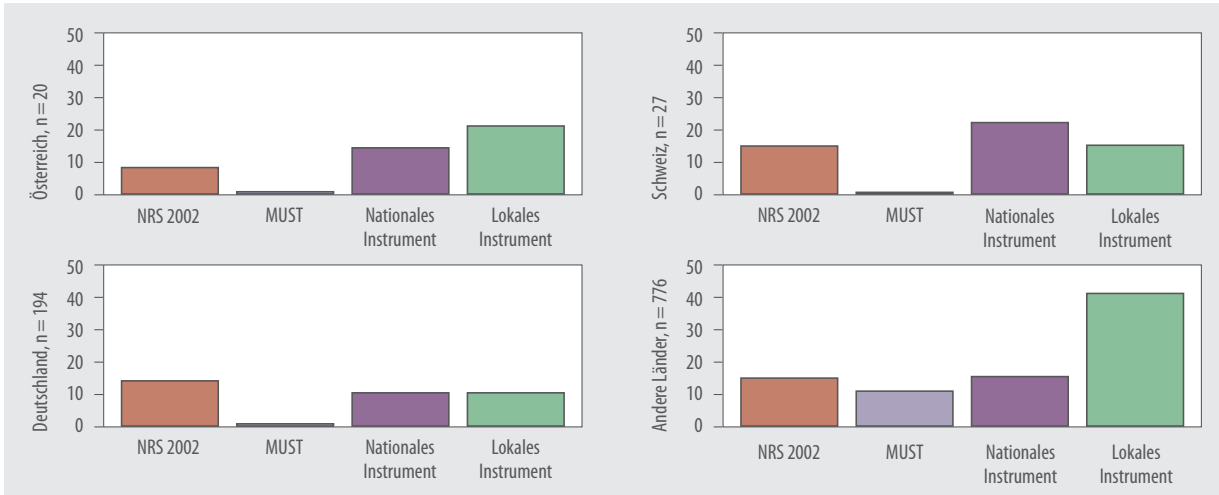


Abbildung 1: Prozent der Stationen mit einer Screening-Routine; in Österreich 30%, in Deutschland 29%, in der Schweiz 41%, in anderen Ländern 65% (NRS 2002: „Nutrition Risk Screening 2002“ [11], MUST: „Malnutrition Universal Screening Tool“ [12], modifizierte nationale bzw. lokale Instrumente); nutritionDay 2007–2008 [13].

Tabelle 1

Ausmaß ernährungstherapeutischer Interventionen am nutritionDay 2006 (nach [14]).

Prozent der konsumierten Mahlzeit	Spezielle Diät	Trinknahrung	Künstliche Ernährung
100	15 %	1 %	9 %
25	18 %	3 %	14 %
Nichts, obwohl Essen möglich	14 %	1 %	28 %

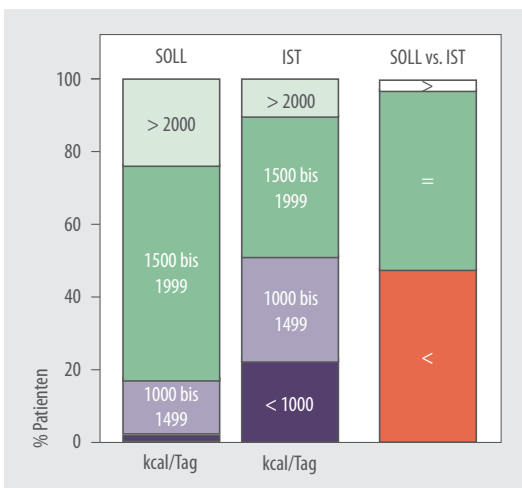


Abbildung 2: Geplante und tatsächliche Energieaufnahme (nutritionDay 2007–2008), n = 21 007 (nach [13, 15]).

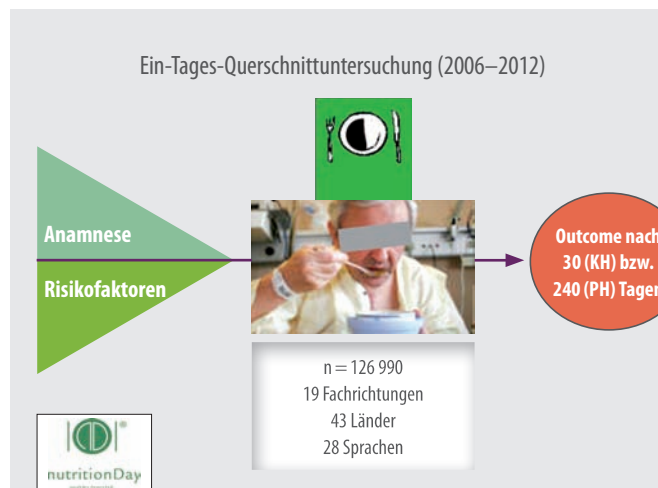


Abbildung 3: Methodik des nutritionDays im Krankenhaus (KH) und Pflegeheim (PH) (Stand 21.6.2011).

Zusammenfassung und Schlüsselwörter**nutritionDay im Krankenhaus: Schwerpunkt Onkologie**

Der nutritionDay ist Bestandteil einer weltweiten Kampagne „Fight against malnutrition“ der ESPEN, in Deutschland in Kooperation mit der DGEM. Ziel ist die Sensibilisierung hinsichtlich krankheitsassoziierter Mangelernährung. Es werden die Hintergründe des nutritionDay im Krankenhaus, seine Methodik, sowie die Innovation nutritionDay onco und einige Ergebnisse dargestellt.

nutritionDay · Mangelernährung · nutritionDay onco · ESPEN

Summary and Keywords**nutritionDay in hospital: focus oncology**

nutritionDay is part of ESPEN's worldwide campaign "Fight against malnutrition", in Germany in cooperation with the DGEM. The project aims creating awareness for disease related malnutrition. This article provides the background, the methodology of nutritionDay, the innovation nutritionDay oncology and some results of the years.

nutritionDay · Malnutrition · nutritionDay oncology · ESPEN

würde daher bei vielen Patienten in die Irre leiten. Jeder Dritte hatte in der Woche vor dem nutritionDay deutlich weniger gegessen als üblich, 58 % haben am nutritionDay die angebotene Portion nicht konsumiert. Zwölf Prozent der Patienten wurden mit einer künstlichen Ernährung behandelt, 13 % erhielten Proteinsupplemente.

Die mit der Mangelernährung verbundenen sozialen und ökonomischen Faktoren sind eine Herausforderung für die einzelnen Betreuungseinrichtungen und das gesamte Gesundheitssystem [17–20].

nutritionDay im Krankenhaus

In den ernährungsmedizinischen Fachgesellschaften wurde erkannt, dass ein wesentlicher Faktor für die Verbesserung der Situation die Sensibilisierung der Behandler, der Patienten und ihrer Angehörigen ist. Um diese Sensibilisierung zu erreichen, hat die „Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Ernährung“ (AKE) gemeinsam mit der „European Society of Clinical Nutrition“ (ESPEN) die Initiative nutritionDay in Krankenhäusern ins Leben gerufen. Der nutritionDay wurde 2011 bereits zum sechsten Mal wiederholt. Insgesamt wurden bisher >120 000 Patienten in > 40 Ländern evaluiert.

Die Methodik

Der nutritionDay ist eine Ein-Tages-Querschnittuntersuchung und Outcome-Evaluation nach 30 Tagen (Abb. 3), die ohne zusätzliches Expertenwissen durchgeführt werden kann. Die Datenerhebung und Dateneingabe erfolgt in der jeweiligen Landessprache.

Datenerhebung

Im Zentrum der Datenerhebung steht die Organisationseinheit der Krankenhausstation. Mit 5 Fragebögen werden folgende Handlungsfelder evaluiert:

- Bogen 1: Organisation und Struktur der Station
- Bogen 2: Patientenprofil und ernährungstherapeutische Maßnahmen
- Bogen 3a/b: direkte Befragung des Patienten zum Essverhalten und zur individuellen Nahrungsaufnahme am nutritionDay
- Bogen 4: einen Monat nach dem nutritionDay wird für jeden Patienten das Outcome (wie Entlassung nach Hause oder ins Heim, Wiederaufnahme oder Mortalität) dokumentiert

Die Bögen 1, 2 und 4 werden von Behandlern, der Bogen 3a/b wird von den Patienten ausgefüllt. Die Fragebögen sind in 30 Sprachen als Download auf der Website <http://www.nutritionday.org/index.php?id=83> verfügbar. Diese direkte Befragung

der Patienten nach ihrem Essverhalten und die Möglichkeit, jeden Patienten in seiner Muttersprache zu erreichen, ist einzigartig.

Die Dateneingabe erfolgt online in der jeweiligen Muttersprache. Die teilnehmenden Stationen erhalten ein Zertifikat, das ihre Teilnahme an diesem Projekt bestätigt. Dafür müssen die folgenden Anforderungen erfüllt werden: mehr als 60 % der an diesem Tag auf der Station aufgenommenen Patienten wurden eingeschlossen und von mindestens 80 % der evaluierten Patienten wurde das Outcome nach vier Wochen eingegeben. Hinweise und Anleitungen, wie man die Station registriert, einen Stationscode bekommt und wie man den nutritionDay am besten organisiert, finden sich auf der Website www.nutritionday.org bzw. können auch im Sekretariat erfragt werden.

Innovation: nutritionDay in der Onkologie

Der nutritionDay hat seit 2006 einige Innovationen erfahren. Begonnen hat es mit einem nutritionDay in Pflegeheimen 2007, gefolgt von der Ausbreitung auf die Intensivstationen 2008. In diesem und im nächsten Jahr wird der nutritionDay im Krankenhaus um eine vertiefte Evaluation onkologischer Patienten erweitert. Dafür wurden von einer Expertengruppe zusätzliche Fragebögen entwickelt, die die bestehenden Fragebögen ergänzen sollen.

- Bogen 1 onco: spezielle strukturelle Gegebenheiten in der Betreuung onkologischer Patienten (Behandler)
- Bogen 2 onco: spezifische Indikatoren des Profils onkologischer Patienten (Behandler)
- Bogen 3 onco: Appetit, Funktion, Lebensqualität und komplementäre Therapiemaßnahmen (Patienten)

Die Fragebögen wurden bereits in einer Pilotuntersuchung in vier Ländern getestet und dann noch einmal adaptiert. Derzeit werden sie in die anderen Sprachen übersetzt. Bis November sollen sie ebenfalls in 28 Sprachen zur Verfügung stehen.

Die besondere Herausforderung dieser neuen Vorgehensweise wird die Evaluation der Patienten einer Station mit den üblichen nutritionDay Fragebögen und der zusätzlichen Evaluation der onkologischen Patienten sein.

Um Verwechslungen zu vermeiden, haben diese Fragebögen eine andere Grundfarbe.

Berichte

Nach vollständiger Eingabe kann ein zusammenfassender Benchmark-Bericht für die jeweilige Station von der Eingabe-seite heruntergeladen werden. Die Grundlage für einen aussagekräftigen Benchmark-Bericht ist die möglichst vollständige Erfassung der am nutritionDay auf der Station behandelten Patienten und eine vollständige Outcome-Erhebung.

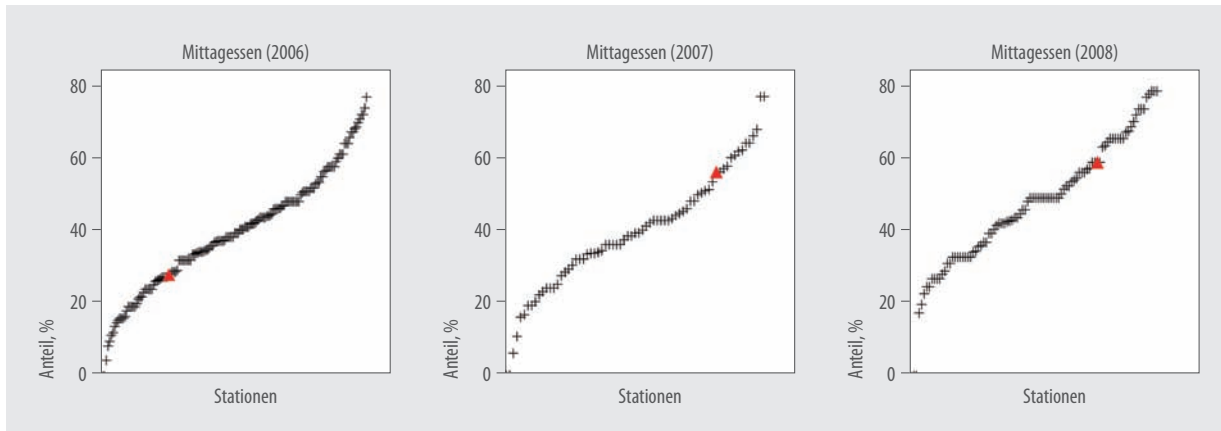


Abbildung 4: Prozentueller Anteil der Patienten der 2006–2008 teilnehmenden internistischen Stationen, die das komplette Mittagessen aufgegessen haben. Rotes Dreieck: Ausgewählte Station, die in diesen Jahren am nutritionDay teilgenommen hat. (Abb. präsentiert von Hiesmayr M „Fight against malnutrition“, ESPEN conference, Prague 2009 [15])

Der Benchmark-Bericht vergleicht die Stationsdaten mit jenen des Referenzkollektivs der gleichen Fachrichtung. Er kann Grundlage für die Beurteilung einer Wiederholung des nutritionDays sein und ermöglicht die Beurteilung der Effizienz von gesetzten Maßnahmen (Abb. 4). In diesem Sinne ist eine jährliche Teilnahme auch ein Qualitätssicherungsinstrument. Der Benchmark-Bericht unterstützt darüber hinaus die Sensibilisierung für krankheitsassoziierte Mangelernährung [21].

Bei Teilnahme von > 5 Stationen pro Krankenhaus bzw. Land (um die Anonymität der Station zu gewährleisten) werden die Daten auch zu einem Zentrums- bzw. Länderbericht zusammengefasst.

Teilnahme am nutritionDay – nur zusätzliche Arbeit oder relevant für die Routine?

Es ist keine Frage, dass der nutritionDay für die teilnehmenden Stationen einen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet. Dieser kann sich in Grenzen halten, wenn der nutritionDay ein Projekt ist, das von allen auf einer Station Arbeitenden betrieben wird. Die Erfahrung zeigt, dass dadurch auf einer Station die Ernährung zum Thema werden kann, das Stationsteam für ernährungsmedizinische Themen und Aufgaben sensibilisiert wird und Veränderungen möglich werden. Kooperationen mit den Akademien für Pflege bzw. Diätetik können die Arbeitsbelastung auf der Station zusätzlich reduzieren und gleichzeitig einen Beitrag zur Sensibilisierung der Studierenden für Mangelernährung und andere ernährungsmedizinische Belange leisten. Besonders wichtig ist die Kommunikation des Berichts (auch als Powerpoint Präsentation verfügbar) an das Team.

Der nutritionDay onco wird es ermöglichen, die derzeitige vorherrschende Praxis der ernährungsmedizinischen Betreuung onkologischer Patienten in Krankenhäusern zu beschreiben. Daraus können sowohl auf der Ebene einer Station, einer Abteilung, eines Krankenhauses, eines Krankenhausverbandes als auch auf der Länderebene spezifische Handlungsfelder definiert werden sowie Veränderungen geplant und durchgeführt werden.

Wünschenswert wäre es, entsprechende Kennzahlen im Qualitätsmanagement (ISO-Zertifizierung), KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) bzw. Qualitätszirkeln zu verankern. ■

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenskonflikt.

Literatur

- [1] Bistrian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R (1974) Protein status of general surgical patients. JAMA 230:858–60
- [2] Bistrian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J (1976) Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 235:1567–70
- [3] Pirlich M, Schutz T, Norman K et al (2006) The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 25:563–72
- [4] Fearon K, Strasser F, Anker SD et al (2011) Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol 12:489–95
- [5] Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MH (2006) Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. Support Care Cancer 14:999–1011
- [6] O’Gorman P, McMillan DC, McArdle CS (1998) Impact of weight loss, appetite, and the inflammatory response on quality of life in gastrointestinal cancer patients. Nutr Cancer 32:76–80

- [7] Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C (2007) Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clin Nutr* 26:289–301
- [8] Paccagnella A, Morello M, Da Mosto MC et al (2010) Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Support Care Cancer* 18:837–45
- [9] Gupta D, Lis CG, Vashi PG, Lammersfeld CA (2010) Impact of improved nutritional status on survival in ovarian cancer. *Support Care Cancer* 18:373–81
- [10] Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH et al (2008) Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clin Nutr* 27:196–202
- [11] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M (2003) ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 22:415–21
- [12] BAPEN BAFPaEN. Malnutrition universal screening tool (MUST). www.bapen.org.uk 2003
- [13] Schindler K, Pernicka E, Laviano A et al (2010) How nutritional risk is assessed and managed in european hospitals: A survey of 21007 patients. Findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey. *Clin Nutr* 29:552–9
- [14] Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E et al (2009) Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr* 28:484–91
- [15] Schindler K, Pernicka E (2011) Malnutrition im Krankenhaus: Die „nutritionDay“-Realität. *J Klin Endokrinol Stoffw* 4:24–28
- [16] Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C (2006) Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. *Clin Nutr* 25:409–17
- [17] Elia M, Stratton RJ (2008) A cost-utility analysis in patients receiving enteral tube feeding at home and in nursing homes. *Clin Nutr* 27:416–23
- [18] Guest JF, Panca M, Baeyens JP et al (2011) Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr* 30:422–9
- [19] Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M (2008) Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 27:5–15
- [20] Russell CA, Elia M (2008) Nutrition Screening Survey in the UK in 2007. Nutrition Screening Survey and Audit of Adults on Admission to Hospitals, Care Homes and Mental Health Units. British association for Parenteral and Enteral Nutrition ed. Redditch: BAPEN



nutritionDay
WORLDWIDE

Nächster nutritionDay
8. November 2012

- [21] Meijers JM, Candel MJ, Schols JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Halfens RJ (2009) Decreasing trends in malnutrition prevalence rates explained by regular audits and feedback. *J Nutr* 139:1381–6

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Karin Schindler
Medizinische Universität Wien
Klinik f. Innere Medizin III
Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
karin.schindler@meduniwien.ac.at

Sichern Sie sich Ihr Abonnement

forum
ONKOLOGISCHE
PFLEGE

Informieren Sie sich über
Bezugsbedingungen und Vergünstigungen,
die Sie als KOK-Mitglied genießen, unter

www.zuckschwerdtverlag.de

Abo-Formular online siehe ► Zeitschriften
► Forum Onkologische Pflege
► Abonnement