

> Postoperativer Kostaufbau bei „Fast Track“ – Perspektive der Pflege:

# Neue Aufgaben für Praxis und Wissenschaft

CORNELIA MAHLER, BERND REUSCHENBACH UND GABRIELE KETTENHOFEN

**Die pflegerische Versorgung vor und nach operativen Eingriffen steht mit der Umsetzung des sogenannten „Fast Track“-Verfahrens vor großen Veränderungen.**

Der Begriff „Fast Track“ geht auf den dänischen Chirurgen Henrik Kehlet zurück und kann als eine veränderte Ablaufstruktur bezeichnet werden, die bekannte Prinzipien in der Patientenversorgung von der präoperativen Aufklärung über den postoperativen Kostaufbau bis hin zur Entlassung radikal verändert (Kehlet & Mogensen 1999, Kehlet & Wilmore 2002, Ritz & Buhr 2006) (Kasten 1).

Das Thema wird vor allem in der medizinischen Literatur derzeit umfassend diskutiert (Schwenk et al. 2005a, Schwenk et al. 2005b, Spatz et al. 2005, Wichmann et al. 2005). Dabei werden als Beleg für die Effektivität und die Effizienz des „Fast Track“-Verfahrens bevorzugt medizinische Kennzahlen wie zum Beispiel Komplikationsrate und Verweildauer herangezogen, während pflegebezogene Aspekte wie das subjektive Befinden des Patienten und seine Selbstpflegemöglichkeiten nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Integration des Pflegedienstes wird zwar immer wieder von den Forschenden betont, dessen genauer Beitrag und seine Mehrbelastung bleiben aber unklar.

## Kasten 1: „Fast Track“

Wörtlich kann „Fast Track“ mit „schnelle Schiene“ übersetzt werden. Dies weist auf ein wesentliches Ziel dieses klinischen Behandlungspfades hin: eine beschleunigte Behandlung des Patienten in verschiedenen Phasen seines Krankenhausaufenthaltes. Das Verfahren wurde Ende der 1990er Jahre von dem dänischen Chirurgen Henrik Kehlet vom Hvidovre Krankenhaus in Kopenhagen zunächst als „enhanced recovery after surgery“ (ERAS) oder „beschleunigte Erholung nach chirurgischem Eingriff“ beschrieben und hat seit dieser Zeit insbesondere die Versorgung von Patienten mit Dickdarmoperationen revolutioniert. Während beim konventionellen Vorgehen der Krankenhausaufenthalt 10 bis 15 Tage beträgt, können nach dem „Fast Track“-Prinzip versorgte Patienten bereits nach 3 bis 5 Tagen entlassen werden.

„Fast Track“ beinhaltet nicht nur Regelungen zum postoperativen Kostaufbau, sondern auch Anweisungen für eine frühzeitige präoperative Aufklärung und eine schnelle Mobilisation sowie veränderte Richtlinien für die postoperative Infusionstherapie. In idealer Form sollte „Fast Track“ interprofessionell, prozeduren-spezifisch und evidenzbasiert entwickelt und umgesetzt werden.

Dies führt zu Standards, die von der Pflege mitgetragen und umgesetzt werden müssen, aber aufgrund fehlender pflegebezogener Forschung nicht zwingend mitgestaltet werden können. Pflegepraxis und Pflegewissenschaft müssen sich daher bei der Entwicklung und Erforschung solcher klinischen Behandlungspfade vermehrt einbringen. Eine von der Arbeitsgemeinschaft (AG) Pflegeforschung Rhein-Neckar im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, Landesverband Baden-Württemberg (Kasten 2), initiierte Projektgruppe hat vom Sommer 2005 bis zum Frühjahr 2006 eine umfassende Literaturanalyse durchgeführt, mit Pflegenden aus der Praxis und mit Forschenden die Rolle der Pflege beim postoperativen Kostaufbau (POK) diskutiert und Empfehlungen für zukünftige Forschungsprojekte formuliert. Bei den Ergebnissen dieser Arbeit geht es nicht um eine grundsätzliche Ablehnung des „Fast Track“-Verfahrens oder eines isolierten beschleunigten Kostaufbaus, sondern um ein Plädoyer, diese Aspekte als pflegewissenschaftliches Forschungsgebiet zu entdecken. Die Überwindung tradierter und nicht forschungsgestützter Ernährungsregeln wird generell als sinnvoll erachtet, wobei aber auch pflegerisches Wissen und pflegewissenschaftliche Forschungs kompetenz berücksichtigt werden sollten.

## Forschungslage zum POK

Ein Blick in die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass es unzählige Forschungsarbeiten und Empfehlungen zum postoperativen Kostaufbau gibt. Allein die aktuelle Leitlinie „Enterale Ernährung in der Chirurgie und Transplantationsmedizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) umfasst 232 nationale und internationale Artikel (Weimann et al. 2006). Die European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) hat für ihre Metaanalyse nach Sichtung der Datenbanken Medline, Pubmed, EMBASE und Cochrane 35 prospektive randomisiert-kontrollierte Studien identifiziert, die den gewählten Kriterien (s. Schütz et al. 2006) entsprechen. Nach den Empfehlungen der ESPEN sollte präoperativ eine lange Nahrungskarenz vermieden

„Fast Track“ bedeutet eine veränderte Ablaufstruktur der Patientenversorgung von der präoperativen Aufklärung bis zur Entlassung.

Obwohl Pflegenden wesentlich an der Umsetzung des Behandlungspfades mitwirken, fällt eine mangelnde pflegebezogene Forschung zu diesem Thema auf.

Eine Projektgruppe der AG Pflegeforschung Rhein-Neckar hat sich in einer Literaturanalyse und im Diskurs mit Pflegenden aus der Praxis mit dem postoperativen Kostaufbau (POK) aus pflegerischer Perspektive auseinandergesetzt.

Eine Metaanalyse zeigt, dass eine Nahrungskarenz nach elektiven kolorektalen Eingriffen bis zum Eintritt der Verdauungstätigkeit nicht notwendig zu sein scheint.

Die zum POK vorliegenden Studien sind meist medizinischer Natur, wobei deren methodologische Qualität insgesamt niedrig ist. Pflegewissenschaftliche Studien sind nicht zu finden.

Viele Fragen können wegen der Forschungslage nicht beantwortet werden: Selbstpflegefähigkeiten in der postoperativen Ernährung, Aspekte der Lebensqualität und patientenbezogene Probleme wie Übelkeit oder Erbrechen, die Pflegemaßnahmen erfordern, sind bisher nicht berücksichtigt worden.

Pflegende tauchen nur in der Rolle der „Vollzieher“ auf.

werden und postoperativ sollte die Nahrungsaufnahme so bald wie möglich erfolgen.

In einer von Pflegenden initiierten Metaanalyse wurden 15 Studien ausgewertet, in denen die Auswirkungen eines frühen Kostaufbaus auf Sicherheit, Toleranz, Komplikationen und Länge des Krankenhausaufenthalts untersucht worden waren (Ng & Neill 2006). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass trotz Unterschieden im Studiendesign und den Outcome-Variablen der begutachteten Studien ein früher Kostaufbau bei elektiven, offenen kolorektalen Eingriffen sicher ist und 70 Prozent der Patienten ihn tolerieren. Eine Nahrungskarenz bis zum Eintritt der Verdauungstätigkeit, wie sie traditionell empfohlen wurde, scheint nicht notwendig zu sein. Vielmehr sollten Pflegende den frühen Kostaufbau auch dort im pflegerischen Handeln umsetzen, wo noch traditioneller Kostaufbau erfolgt. Weiterhin regen Ng & Neill (2006) an, die Beteiligung Pflegender an interdisziplinärer Forschung sowie die pflegerische Forschung zu intensivieren, um Patientenerfahrung strukturiert zu erheben und einen „body of knowledge“ im Bereich der Ernährung aufzubauen.

### Literaturrecherche: Mangel an pflegewissenschaftlichen Studien

Aufgrund der umfangreichen Literatur, die zum POK vorliegt, wurde die Literaturanalyse der AG Pflegeforschung auf seit 2000 veröffentlichte Empfehlungen und Studien hinsichtlich viszeralchirurgischer Eingriffe inklusive laparoskopischer Operationen beschränkt. Zu den am meisten genannten Eingriffen zählen Cholezystektomie, Leistenhernienoperationen und Appendektomie. Zur Recherche wurden gängige Datenbanken (CINAHL®, MEDLINE, CARELIT, DIMDI, dip-WISE) und das Internet nach folgenden Schlüsselwörtern durchsucht: postoperative Pflege, Kostaufbau, Ernährung, Nahrungsaufbau, Kostumstellung, Schonkost, viszeral-abdominelle Chirurgie sowie die englischen Übersetzungen der Termini.

Es wurden 31 Artikel identifiziert, die den Einflusskriterien entsprachen (AG Pflegeforschung, 2005). In den Studien mit einem hohen Evidenzgrad, also randomisiert-kontrollierten Studien, wurden Gruppen mit einem strukturierten schnellen und frühen Nahrungsbeginn („fixed regime“) mit einer Kontrollgruppe von Patienten verglichen, die den Kostaufbau selbst bestimmen konnten („patient controlled“). Vergleiche unterschiedlicher Ernährungspläne, also unterschiedlicher Dauer der Nahrungskarenz und verschiedener Stufen des Kostaufbaus, konnten nur wenige gefunden werden. Die häufigsten Variablen, die in den Studien zur Bewertung der Brauchbarkeit der Methode des beschleunigten Kostaufbaus herangezogen wurden, sind Peristaltik, Wundheilung, Wundheilungsstörungen, Nahtinsuffizienz, Meteorismus, Komplikationsrate, Liegedauer, Verweildauer, Appetit und Dauer einer nachfolgenden Infusionstherapie.

Die Qualität der begutachteten Studien ist insgesamt als niedrig zu bezeichnen, denn es liegen nur drei randomisierte Kontrollstudien vor (Han-Geurts et al. 2001, McNaught & McFie 2002, Delaney et al. 2003). Auffällig ist, dass eine ausgewählte Arbeit trotz der Publikation in einer bedeutsamen Zeitschrift (British Journal of Surgery) und des an sich hochwertigen Designs (randomisiert-kontrollierte Studie) große methodische Mängel aufweist (Han-Geurts et al. 2001). So wurden zum Beispiel der Kostaufbau in der Kontrollgruppe nicht genau beschrieben und die Effektstärken nicht berechnet.

Bei den gesichteten Studien handelt es sich ausschließlich um Forschungsprojekte aus medizinischer Perspektive. Die Rolle der Pflege und die Beteiligung der zu Pflegenden werden zwar immer wieder betont, es bleibt jedoch offen, worin genau der pflegerische Anteil an der Entwicklung, der Forschung und der Umsetzung besteht (s. auch Projektgruppe „Fast Track“ am St. Vincentius-Krankenhaus Speyer 2006, 2007). Nach pflegewissenschaftlicher Literatur sucht man in diesem Zusammenhang vergeblich. Daher bleibt auch die Frage offen, welche Auswirkungen ein frühzeitiger Kostaufbau auf die Lebensqualität der Patienten und deren funktionellen Status hat. Aspekte der Selbstpflege der Patienten und die Nutzung dieser Kompetenzen im Sinne eines patientenzentrierten Ernährungsmanagements werden nicht thematisiert. Patientenbezogene Probleme wie Übelkeit, Erbrechen, Reduktion von Lebensqualität und Sicherheit, die auch entsprechende Pflegemaßnahmen nach sich ziehen müssen, spielen in der Evaluation des POK eine untergeordnete Rolle. Die Pflegenden werden in den Studien nur als „Vollzieher“ gesehen, die allenfalls an der Korrektur von Ernährungsplänen beteiligt sind, nicht jedoch eigenverantwortlich die Entwicklung entsprechender Regelungen mitgestalten können. Das von der Projektgruppe „Fast Track“ am St. Vincentius-Krankenhaus Speyer (2006/2007) beschriebene Change-Management-Projekt ist hier eine rühmliche Ausnahme.

#### Kasten 2: AG Pflegeforschung

Die seit 2002 existierende Arbeitsgemeinschaft Pflegeforschung des DBfK-Landesverbandes Baden-Württemberg sieht sich als Vermittler von Forschungs- und Praxisinteressen. Bei den monatlich stattfindenden Veranstaltungen stehen verschiedene Pflegemaßnahmen und etablierte Abläufe auf dem Prüfstand. Damit soll erreicht werden, dass pflegerische Handlungen reflektiert und die Bedeutung der Pflegewissenschaft im täglichen Handeln verdeutlicht werden. Weitere Informationen, Literaturhinweise und Termine gibt es unter [www.pflege-forschung.de](http://www.pflege-forschung.de).

## In der Praxis: Erfahrungen von Pflegenden und Patienten nicht gefragt

Im Hinblick auf die notwendige Forschung hat die AG Pflegeforschung in zwei zweistündigen Expertenrunden relevante Problemfelder im POK aus pflegerischer Sicht ergründet. Teilgenommen haben bis zu zehn erfahrene Pflegenden aus insgesamt sechs Krankenhäusern im Rhein-Neckar-Raum. Ein Teil der Pflegenden war bei seiner Arbeit bereits mit einem beschleunigten POK im Sinne des „Fast Track“-Verfahrens konfrontiert worden, bei anderen wurden noch herkömmliche Regelungen angewendet.

In den Einrichtungen, in denen noch nicht auf das „Fast Track“-Verfahren umgestellt worden war, sind die POK-Richtlinien – selbst bei gleicher Operationsart – innerhalb einer Einrichtung und auch je nach Team (Arzt, Pflegenden) sehr unterschiedlich. Die Argumentationsgrundlagen und der Ursprung der Richtlinien waren den meisten Pflegenden nicht bekannt. Es bestätigten sich die bei der Literatursichtung gewonnenen Ergebnisse, dass Pflegenden an der Entwicklung derartiger Standards nur unzureichend beteiligt waren und sind. Die meisten Regelungen bestanden schon lange und wurden meist unreflektiert umgesetzt. Eine Pflegekraft brachte es mit dem Satz „Die Regeln haben wir noch vom vorherigen Chef geerbt“ treffend auf den Punkt. Oft werden die Regeln auch dann umgesetzt, wenn nach dem Erfahrungswissen der Pflegenden andere Vorgehensweisen zu favorisieren wären. Als Faktoren, die erfahrungsgemäß Einfluss auf die Verträglichkeit des POK haben, wurden beispielsweise Schmerzmittelgabe, Art der Anästhesie, Umfang und Art der präoperativen Darmentleerung, Anwesenheit von Angehörigen, Beachtung des Patientenwillens und die Menge der aufgenommenen Nahrung genannt. In der Forschung über den POK werden viele der genannten Einflussfaktoren nicht berücksichtigt, andere Erfahrungen widersprechen diesen Empfehlungen: So sehen die an den Expertenrunden beteiligten Pflegenden eine umfassende präoperative Darmentleerung eher als günstig für das postoperative Befinden der Patienten an, während dies in anderen Studien verneint wird (Nygren et al. 2003, Nationale Pflegeassessmentgruppe 2005).

Zu Abweichungen von den POK-Regeln kommt es entweder bei Komplikationen oder wenn der Patient andere Kost wünscht. Pflegenden fungieren hierbei als Vermittler zwischen Arzt und Patient. Verzögerungen des Kostaufbaus werden meist autonom von ihnen geregelt. Bei Beschleunigungen des Kostaufbaus, etwa auf Wunsch des Patienten, wird hingegen meist der Arzt um Erlaubnis gefragt. Bei Unsicherheiten liegt die Legitimierung letztlich immer beim Arzt. Abweichungen von den schriftlich fixierten Regelungen werden je nach Station, Pflegenden und Patient ganz unterschiedlich realisiert, meist auf der Grundlage intuitiver Entscheidungen. Das pflegerische Erfahrungswissen wird von Ärzten selten erfragt. So beschränkt sich der

### Kasten 3: Forschungsthemen aus pflegerischer Sicht zum postoperativen Kostaufbau (POK)

#### Organisatorisch

- Welche Regelungen gibt es in den verschiedenen Einrichtungen? Wie sind diese entstanden?
- Wie strikt werden die POK-Regelungen umgesetzt?
- In welcher Form sind diese festgelegt (zum Beispiel schriftlich, informell ...)?
- Wie funktioniert das Aushandeln im therapeutischen Team (Pflegende, Ärzte, Patient)?
- Wer hat die Entscheidungskompetenz und -macht?

#### Pflegende

- Welche Rolle spielt die Meinung der Pflegenden bei der Entscheidungsfindung?
- Welche Rolle hat die Krankenbeobachtung im Ernährungsregime?
- Wie stellen sich die Folgen eines schnellen Kostaufbaus aus pflegerischer Sicht dar? Wie wird dieser von Seiten der Pflege eingeschätzt?
- Welche Kompetenzen sind notwendig, um abwägen zu können, was dem Patienten gut tut und was nicht?
- Werden pflegerelevante Aspekte wie Übelkeit, Angst, Befinden oder Verdauungsstörungen strukturiert erfasst? Gibt es dazu geeignete Assessment-Verfahren?
- Wie einflussreich sind pflegerische Aspekte wie Lagerung, Zeit für das Essen, Standort des Essens, Anwesenheit der Angehörigen oder Schmerzen für die POK-Verträglichkeit?

#### Patient

- Wie wird auf die Bedürfnisse eingegangen?
- Welchen Beitrag leisten der Patient und seine Angehörigen zum Kostaufbau? Wie werden diese Ressourcen genutzt?
- Welche Auswirkungen haben unterschiedliche Regelungen (Standards) auf den Patienten?
- Welche Mehrbelastungen ergeben sich durch neue POK-Regeln?
- Wie fühlen sich die Patienten an den postoperativen Tagen?
- Gibt es eine Diskrepanz zwischen Nahrungswünschen und tatsächlichem Essen hinsichtlich Qualität und Menge?
- Welche Entscheidungsstrukturen müssen eingehalten werden, wenn Patienten den schnellen Kostaufbau vermeiden, weil sie sich beispielsweise auf ihr eigenes Gefühl und die bisherigen Erfahrungen nach ähnlichen Operationen verlassen?

Beitrag der Pflege, besonders beim „Fast Track“-Verfahren, meist auf die Umsetzung der Regelungen.

Die Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten der Patienten werden insgesamt als eher gering beschrieben. Die Verträglichkeit des POK und die Wünsche des Patienten werden bisher meist nicht erfasst. Viele Patienten verfügen aufgrund früherer Operationen über entsprechende Erfahrungswerte, diese werden jedoch nicht strukturiert im Rahmen eines pflegerischen Assessments erhoben. Kritisch gesehen wurde auch, dass es innerhalb der Teams, zum Beispiel zwischen Früh- und Spätdienst, keine ausreichenden Absprachen über den individuellen Kostaufbau gibt und der Meinungsaustausch nur in mangelhafter Form erfolgt. Die Dokumentation von Variablen wie Appetit, Patientenwillen und Übelkeit gilt als unzureichend.

POK-Richtlinien werden in sehr unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt. Pflegenden sind dabei Vermittler zwischen Arzt und Patienten.

Auch die Einflussmöglichkeiten des Patienten sind gering.

Der medizinischen Forschungslage kann die Pflege bisher nur ihr Erfahrungswissen entgegengesetzen.

Eine verstärkte Integration der Pflege und eine pflegewissenschaftliche Forschung sind wichtig, um auch die patientenzentrierte ganzheitliche Sichtweise zu fördern.

Mehrbelastung und erforderliche Kompetenzen für die Pflegenden sind zu überprüfen.

POK muss als Forschungsthema für Pflegewissenschaft und -praxis aufgegriffen werden.

## Ausblick

Ein Vergleich dieser persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen mit den medizinischen Forschungsarbeiten zum schnellen POK im Sinne des „Fast Track“-Verfahrens weist auf drei Aspekte hin:

- Pflegende berücksichtigen beim Kostenaufbau stärker die Sichtweise der Patienten.
- Erfahrungswerte ersetzen oder ergänzen klare Regelungen.
- Genuin pflegewissenschaftlich gestützte Handlungsrichtlinien existieren nicht.

Den umfangreichen – wenn auch schwachen – wissenschaftlichen Begründungen der Medizin kann die Pflege im Hinblick auf den POK nur Erfahrungswissen entgegengesetzen. Dies muss zwar nicht zwingend eine schlechtere Grundlage für die Bewertung sein, es erschwert aber die Argumentation, wenn es darum geht, sich in die Entwicklung von Regelun-

gen für das „Fast Track“-Verfahren einzubringen. Der bedeutsame Beitrag, den Pflegenden derzeit bei der Umsetzung von entsprechenden Richtlinien leisten, spiegelt sich nicht in der Bedeutung wider, die ihnen bisher bei der Entwicklung solcher Regelungen zukommt. Eine verstärkte Integration der Pflege und eine verstärkte pflegewissenschaftliche Forschung sind auch wichtig, weil die bisherigen somatisch-physiologischen Erklärungsmodelle die patientenzentrierte ganzheitliche Sichtweise vernachlässigen. Auf der Suche nach pflegewissenschaftlichen Forschungsfragen sollte deshalb zunächst die Patientensicht höchste Priorität haben. Aspekte der Selbstpflege, des individuellen Befindens, das Erleben des Kostenaufbaus, die Berücksichtigung persönlicher Präferenzen und die selbst eingeschätzte Verträglichkeit sollten in die Leitlinien einfließen. Aus Patientensicht muss die Frage erlaubt sein, ob das „Fast Track“-Verfahren genügend



## Literatur

AG PFLEGEFORSCHUNG RHEIN-NECKAR (2005) *Ernährungsmanagement in der postoperativen Phase bei viszeral-chirurgischen Eingriffen*. Stand 25.07.2005. [www.pflege-forschung.de/literatur\\_kostaufbau.html](http://www.pflege-forschung.de/literatur_kostaufbau.html), Zugriff am 11. Februar 2007.

DELANEY C.P., ZUTSHI M., SENAGORE A.J., REMZI F.H., HAMMEL J., FAZIO V.W. (2003) *Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection*. *Diseases of the Colon & Rectum* 46, 851–859.

HAN-GEURTS I.J., JEEKEL J., TILANUS H.W., BROUWER K.J. (2001) *Randomized clinical trial of patient-controlled versus fixed regimen feeding after elective abdominal surgery*. *British Journal of Surgery* 88, 1578–1582.

KEHLET H. & MOGENSEN T. (1999) *Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme*. *British Journal of Surgery* 86, 227–230.

KEHLET H. & WILMORE D.W. (2002) *Multimodal strategies to improve surgical outcome*. *American Journal of Surgery* 183, 630–641.

KOWANKO I. (1997) *The role of the nurse in food service: a literature review and recommendations*. *International Journal of Nursing Practice* 3, 73–78, 183, 630–641.

MCAUGHT C.E. & MACFIE J. (2002). *Optimization of surgical care*. *Nutrition* 18, 194–196.

NATIONALE PFLEGEASSESSMENTGRUPPE DEUTSCHLAND (2005) *Positionspapier der Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“, Abschlussbericht Projektgruppe P39 des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)*. Juli 2003. *Pflegezeitschrift* 58, 2–8.

NG W.Q. & NEILL J. (2006) *Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: a literature review*. *Journal of Clinical Nursing* 15, 696–709.

NYGREN J., THORELL A., LJUNGQVIST O. (2003) *New developments facilitating nutritional intake after gastrointestinal surgery*. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 6, 593–597.

PROJEKTGRUPPE „FAST TRACK“ AM ST. VINCENTIUS-KRANKENHAUS SPEYER (2006) *„Fast Track“ in der Viszeralchirurgie - Teil*

1: *Operationsvorbereitung: Aufklärung und Beratung sind wichtig*. *Pflegezeitschrift* 59, 744–746.

PROJEKTGRUPPE „FAST TRACK“ AM ST. VINCENTIUS-KRANKENHAUS SPEYER (2007) *„Fast Track“ in der Viszeralchirurgie - Teil 2: Operation und Schmerztherapie: Missempfindungen und zusätzliches Krankheitsgefühl vermeiden*. *Pflegezeitschrift* 60, 17–19.

RITZ J.-P. & BUHR H.J. (2006) *Fast-Track in der Abdominalchirurgie, 2006*. Berlin, Charité – Universitätsmedizin Berlin. [www.ethicon.de/service/pdf/28343\\_Charite\\_Campus.pdf#search=%22fast%20track%22](http://www.ethicon.de/service/pdf/28343_Charite_Campus.pdf#search=%22fast%20track%22), Zugriff am 11. Januar 2007.

SCHREIER M.M. (2003) *„Mangelernährung muss nicht sein.“* *Pflege aktuell* 57, 632–637.

SCHÜTZ T., HERBST B., KOLLER M. (2007) *Methodology for the development of the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition*. [www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/073-einl-e.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/073-einl-e.htm), Zugriff am 11. Februar 2007.

SCHWENK W., RAUE W., HAASE O., JUNGHANS T., MÜLLER J.M. (2005a) *„Fast-track-Kolonchirurgie“. Erste Erfahrungen mit einem „clinical pathway“ zur Beschleunigung der postoperativen Rekonvaleszenz*. *Der Chirurg* 75, 508–514.

SCHWENK W., SPIES C., MÜLLER J.M. (2005b) *Beschleunigte Frührehabilitation in der operativen Medizin: „Fast-track“-Rehabilitation*. *Deutsches Ärzteblatt* 102, 1514.

SPATZ H., BEHAM A., FÜRST A., ZÜLKE C., LATTERMANN R., SCHLITT H.J. (2005) *„Fast Track“ bei laparoskopisch assistierter Rektumresektion – was kann erreicht werden?* Beitrag beim 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 5. bis 8. April 2005, München.

STÖGER F. (2006). *Die schnelle Schiene*. [www.at.mos.info/dynasite.cfm?dssid=4171&dsid=74791&dspaid=582272#dsa582273](http://www.at.mos.info/dynasite.cfm?dssid=4171&dsid=74791&dspaid=582272#dsa582273). Zugriff am 11. Februar 2007.

WEIMANN A., BRAGA M., HARSANYI L., LAVIANO A., LJUNGQVIST O., SOETERS P. (2006). *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery including organ transplantation*. *Clinical Nutrition* 25, 224–244.

WICHMANN M.W., BRANDENBURG F., GOETZ A., JAUCH K.-W. (2005) *Immunologische Effekte der multimodalen Rehabilitation im Rahmen der kolorektalen Chirurgie: eine prospektive klinische Studie*. Beitrag beim 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 5. bis 8. April 2005, München.

die Interessen der Betroffenen berücksichtigt oder ob es primär um ökonomische Aspekte wie die Reduzierung der stationären Aufenthaltsdauer geht.

Im Hinblick auf die Beteiligung und die Rolle der Pflegenden sind deren Mehrbelastung und notwendige Kompetenzen zu prüfen. Beim „Fast Track“-Verfahren reduziert sich beispielsweise der Aufwand für die Versorgung von Sonden und Drainagen, während eine umfassende präoperative Aufklärung, ein strukturiertes Schmerzassessment oder die Überwachung der thorakalen Periduralanästhesie (Projektgruppe „Fast Track“ am St. Vincenz-Krankenhaus Speyer 2007) neuartige Aufgaben darstellen. Die Auswirkungen dieser Veränderungen und mögliche Mehrbelastungen der Pflegenden wurden bisher nicht diskutiert. Ebenso ist bisher unzureichend geklärt, ob die Pflege auf diese neuen Aufgaben ausreichend vorbereitet ist. Kennzeichnend für das „Fast Track“-Verfahren ist ein sehr strukturiertes und fixes Ernährungsmanagement, das genaue Vorschriften über Zeitpunkt und Umfang der Ernährung und anderer pflegerischer Maßnahmen enthält, deren Umsetzung auch entsprechend zu dokumentieren ist. Dies bedeutet eine Reduktion pflegerischer Freiheitsgrade, was zu einer Einschränkung der patientenzentrierten Pflege führen kann. Im Kasten 3 (S. 321) sind weitere Fragestellungen aufgelistet, die nach den Expertenrunden unbeantwortet blieben.

Die ernährungsbezogene pflegerische Forschung in Deutschland bezieht sich bisher auf Mangelernährung älterer Personen (Nationale Pflegeassessmentgruppe 2005, Schreier 2003). Dass der POK trotz seiner hohen Relevanz in der Praxis noch nicht als Forschungsthema aufgegriffen worden ist, ist nicht nachzuvollziehen. Möglicherweise hat die Pflege diesen Kompetenzbereich bereits abgeschrieben und widmet sich nun mit der Mangelernährung im Alter einem Handlungsfeld, in dem sie selbstständiger agieren kann. Aus den dargestellten Gründen ist die Projektgruppe jedoch der Meinung, dass sich Pflegepraxis und Pflegewissenschaft vermehrt in die Entwicklung von Ernährungsleitlinien in Kooperation mit anderen Berufsgruppen einbringen müssen. Durch eine solche Erweiterung der bislang monoprofessionellen Standards wird dann auch die Patientenperspektive vermehrt Beachtung finden. <<

**Zu den Autoren:**

**Cornelia Mahler** ist Krankenschwester, hat einen Magisterabschluss in Erziehungswissenschaften und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Heidelberg. **Bernd Reuschenbach** ist Krankenpfleger und wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoktorand) an der Universität Heidelberg. **Gabriele Kettenhofen** ist registrierte Fachkrankenschwester für Innere Medizin und Neurologie sowie Diplom-Pflegewirtin (FH), sie arbeitet am Klinikum der Stadt Ludwigshafen.  
**Kontakt:** cornelia.mahler@med.uni-heidelberg.de

## Neues Sortiment 2007



**vento-star**  
www.vento-star.de

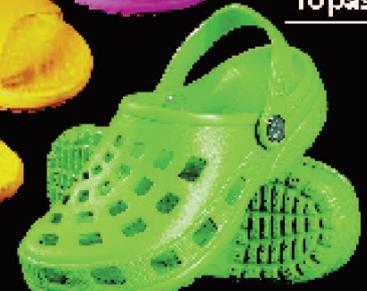
- Direktverkauf
- Mengenrabatt für Sammelbestellungen



**Aruba**



**Ara**



**Topas**



Vento-Star  
 Sinfonsienstr. 33  
 D-69164 Ludwigshafen  
 Tel: +49 (0) 622 2-279 400  
 Fax: +49 (0) 622 2-279 409  
 info@vento-star.de  
 www.vento-star.de



50°C  
 1/3 der Wasserschäden  
 gehen auf Ränder ab und  
 verschwinden nicht.

**Hygienisch**



**Komfortabel**



**Praktisch**



- Ergonomisch geformte Sohlen bieten idealen Halt.
- Einfach zu reinigen.
- Gut durchlüftete Schuhe aus antibakteriellem Material.
- Rutschfeste Sohlen.
- Ultra-leicht. 180 g in Grösse M.
- Optional mit Antistatik-Funktion.