

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Ein systematischer Überblick zur Selbstmanagementförderung von Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen durch Pflegende

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe:

15.02.2016

Vorgelegt von:

Felix Büchner
■■■■■■
■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■■■■■■■

Betreuender Prüfer:

Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Leiter des Departments Pflege und
Management

Zweite Prüfende:

Katrin Behrens
Lehrerin Krankenpflegeschule
Universitäre Bildungsakademie

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	iii
Glossar	iv
Tabellenverzeichnis	vi
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Teil	4
2.1 Das Krankheitsbild der chronischen Niereninsuffizienz	4
2.1.1 Pathogenese der chronischen Niereninsuffizienz.....	4
2.1.2 Ätiologie der chronischen Niereninsuffizienz	4
2.1.3 Epidemiologie der chronischen Niereninsuffizienz	4
2.1.4 Verlauf und Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz	4
2.1.5 medizinische Therapie der chronischen Niereninsuffizienz	5
2.2 Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen	6
2.2.1 Anforderungen der Krankheitsbewältigung	7
2.3 Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen.....	10
2.4 Selbstmanagementförderung bei chronischen Erkrankungen.....	12
2.4.1 Begriffsklärung Selbstmanagementförderung	12
2.4.2 Selbstmanagementförderung bei der chronischen Niereninsuffizienz.....	13
2.5 Versorgungsmodelle zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung	13
2.5.1 Versorgungsmodelle bei chronischen Erkrankungen	13
2.5.2 Versorgungsmodelle bei der chronischen Niereninsuffizienz.....	14
3 Empirischer Teil	16
4 Diskussion und Schlussfolgerungen	39
5 Zusammenfassung und Fazit.....	43
Literaturverzeichnis	xliv

Abkürzungsverzeichnis

CKD	Chronic Kidney Disease
ESKD	End Stage Kidney Disease
ESRD	End Stage Renal Disease
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
HD	Hämodialyse
HRQoL	Health-Related Quality of Life
K/DOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

Glossar

Adhärenz

Adhärenz ist eine Weiterentwicklung des Compliance-Begriffs, wobei der Patient eine aktive Rolle im Behandlungsprozess und im Krankheitsverlauf einnimmt.

Compliance

Compliance bezeichnet die Mitarbeit beziehungsweise die Therapietreue des Patienten im Behandlungsverlauf, wobei dem Patienten vor allem eine passive Rolle in der Behandlung zugeschrieben wird und er für die Einhaltung der Behandlungsvorschriften zuständig ist.

Glomeruläre Filtrationsrate (GFR)

GFR bezeichnet den Begriff glomeruläre Filtrationsrate und wird in dieser Arbeit fortlaufend als Abkürzung benutzt.

Niereninsuffizienz

Niereninsuffizienz beschreibt den akuten oder progredienten Verlust der Funktionsfähigkeit der Niere. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.63)

Kohärenzgefühl nach Antonovsky

Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky setzt sich aus drei Grundkomponenten zusammen. Erstens geht es um das Gefühl der Verstehbarkeit. Dies ist ein kognitives Verarbeitungsmuster, welches die Erwartung und Fähigkeiten eines Menschen beschreibt, unabhängig von chaotischen, willkürlichen, zufälligen und unerklärlichen Reizen. Zweitens geht es um das Gefühl der Handhabbarkeit beziehungsweise Bewältigbarkeit. Damit ist das kognitiv-emotionale Verarbeitungsmuster gemeint, welches die Überzeugung eines Menschen beschreibt, Schwierigkeiten als lösbar zu betrachten. Und drittens geht es um das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit. Diese motivationale Komponente ist die wichtigste, um das Kohärenzgefühl eines Menschen zu bestimmen. Hiermit sind die positiven Erwartungen und Erfahrungen von Sinnhaftigkeit in Bezug auf die zu lösenden Probleme im Leben gemeint. (Vgl. Jürgen Bengel et al., 2001, S.29f.)

Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigung, auch als Coping bezeichnet, beschreibt das Verarbeiten und Abfangen von bestehenden oder potentiellen Erkrankungen unter Nutzung innerpsychischer Prozesse und externer Handlungen. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.31f.)

K/DOQI

Kidney Disease Outcomes Quality Initiative ist eine evidenzbasierte Richtlinie zur Bestimmung der Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz, welche von der National Kidney Foundation herausgegeben wurde.

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: PIKO – Suchschema
- Tabelle 2: Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz nach K/DOQI (Vgl. Breuch, 2008, S.30)
- Tabelle 3: Übersicht der im Rahmen dieser Arbeit analysierten zwölf Studien
- Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie von Constantini et al. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.148f.)
- Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der Studien im systemischen Review von Bonner et al. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3)
- Tabelle 6: Ein- und Ausschlusskriterien der Studie von Chen et al. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561)
- Tabelle 7: Klassifikationskriterien zur Einteilung der Patienten in die Stadien der chronischen Niereninsuffizienz (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561)

1 Einleitung

Problembeschreibung

Im Rahmen der Pflegeausbildung und des Studiums der Pflege- und Gesundheitswissenschaften rücken mehr und mehr Konzepte in den Fokus, die die Pflegekraft dazu befähigen sollen, den chronisch erkrankten Patienten in das Geschehen der Krankheitsbewältigung mit einzubeziehen. Ein Begriff, der in der Versorgung von chronisch Erkrankten mehr an Bedeutung gewinnt, ist der der Selbstmanagementförderung. Die Diskussion über den Pflegenotstand in Deutschland und die wachsende Bedeutung der Versorgung von chronischen Erkrankungen mit pflegerischen Ressourcen sind Probleme, die unmittelbar den klinischen, sowie ambulanten Versorgungssektor betreffen. Daher ist es notwendig, den Patienten mehr und mehr als Versorgungsressource in die Krankheitsbewältigung mit einzubeziehen. „International wird die Forderung nach Selbstmanagementorientierung überall lauter: staatliche gesundheitspolitische Programme und Strategien der Kostenträger setzen auf diesen Ansatz. Im deutschsprachigen Raum ist es in diesem Ansatz vergleichsweise ruhig, nur ganz vereinzelt taucht der Terminus Selbstmanagement im Rahmen von Projekten auf. Der Anspruch bleibt dabei vage.“ (Abt – Zegelin zitiert in Klug Redman, 2008, S.11) Laut dem Robert-Koch-Institut zählen die chronischen Erkrankungen zu den häufigsten und ökonomisch bedeutendsten Problemen des Gesundheitssystems. Diabetes Mellitus, welche die häufigste Ursache für chronisches Nierenversagen darstellt, zählt zu den Erkrankungen, die weltweit verbreitet sind und nachweislich Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit beeinflussen. (Vgl. Robert-Koch-Institut, 2015) Speziell bei der terminalen Niereninsuffizienz kommt es häufig durch den Einsatz von Therapien wie Dialyseverfahren und Transplantationen zur Berentung der Patienten. 1996 lag der Schnitt von 14.500 Dialysepatienten bei 61%. (Vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998) Durch eine frühzeitige Betreuung der nephrologischen Behandlung können nachweislich Mortalität, Morbidität und Kosten der Behandlung gesenkt werden. „Auch in den deutschsprachigen Ländern wird die Notwendigkeit immer drängender, die Kranken zum Selbstmanagement im Alltag zu befähigen. Die Patienten sind länger, meist chronisch krank, viele Menschen wünschen sich, besser informiert

zu sein, um qualifizierte Entscheidung treffen und autonomer Handeln zu können.“ (London, 2010, S.21) „Obgleich chronische Erkrankungen seit geraumer Zeit den Schwerpunkt der Gesundheitsprobleme bilden, ist das bundesdeutsche Gesundheitssystem nach wie vor nicht hinreichend für die damit einhergehenden Herausforderungen gerüstet. (...) Besondere Aufmerksamkeit wird dabei der Pflege geschenkt, denn ihr kommt – der internationalen Diskussion zufolge – eine Schlüsselrolle für die Versorgung chronisch Kranker zu, deren Wahrnehmung hierzulande noch etliche Hürden entgegenstehen.“ (Schaeffer, 2006, S.192)

Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit soll es sein, einen Überblick über den Zusammenhang von chronischen Erkrankungen, speziell der chronischen Niereninsuffizienz, und der Krankheitsbewältigung der Erkrankten durch die Förderung ihres Selbstmanagements zu geben. Dafür wird diese Arbeit das Konstrukt der Krankheitsbewältigung chronischer Niereninsuffizienz, sowie den Begriff Selbstmanagementförderung klären und Interventionen der Pflege ableiten, sowie diese anhand von Studien qualitativ überprüfen.

Die zu bearbeitende Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: „Wie kann das Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz durch die Pflege gefördert werden?“

Aufbau und methodisches Vorgehen

Der Aufbau dieser Arbeit wird sich im ersten Teil mit dem Krankheitsbild der chronischen Niereninsuffizienz befassen. Anschließend werden die Anforderungen beschrieben, welche die Krankheitsbewältigung der chronischen Erkrankung, speziell der chronischen Niereninsuffizienz beinhaltet. Folglich wird der Begriff Selbstmanagement und deren Förderung durch Pflegende beschrieben. Im zweiten Teil dieser Arbeit werden zwölf empirische Studien in Form einer Metaanalyse analysiert, die sich mit dem Thema Selbstmanagement bei chronisch niereninsuffizienten Patienten befassten. In der sich anschließenden Diskussion

werden die Ergebnisse in den Kontext des wissenschaftstheoretischen Teils gestellt. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung ab.

Um eine geeignete Formulierung der recherchierbaren Fragestellung zu entwickeln, sowie geeignete Suchbegriffe für die Literaturrecherche zu finden wurde das PIKO - Suchschema verwendet.

Tabelle 1

PIKO – Suchschema

	Suchbegriffe auf Deutsch	In Englisch
Population/Problem	chronische Niereninsuffizienz	chronic kidney failure, chronic renal failure
Intervention	Pflege, Schulung	nursing, education
Kontrollintervention		
Outcome/Zielgröße	Selbstmanagement	self-management

Zur Identifikation wissenschaftlich relevanter Literatur, um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in folgenden Datenbanken durchgeführt: Cinahl, Pubmed und Cochrane - Library.

Um weitere wissenschaftliche Literatur für den theoretischen Teil zu finden, wurden ebenfalls die Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hamburg und der ärztlichen Zentralbibliothek - Hamburg, sowie Google-Scholar unsystematisch, jedoch unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Thematik durchsucht.

2 Theoretischer Teil

2.1 Das Krankheitsbild der chronischen Niereninsuffizienz

„Die chronische Niereninsuffizienz ist ein langsam fortschreitender Funktionsverlust der Nieren (...).“ (Beise et al., 2013, S.179)

2.1.1 Pathogenese der chronischen Niereninsuffizienz

Dieser Funktionsverlust beinhaltet den Verlust der tubulären und glomerulären Funktion des Nephrons und der endokrinen Funktion der Niere. Das Problem der Niereninsuffizienz ist die urämische Intoxikation. „Die urämische Intoxikation ist ein klinisches Zustandsbild mit einer Vielzahl von Symptomen, das durch Verlust der exkretorischen Nierenfunktion verursacht ist, ohne dass bekannt ist, durch welche spezifischen Retentionsprodukte einzelne oder mehrere Ausfallerscheinungen ausgelöst werden.“ (Mann, 2002, S.14)

2.1.2 Ätiologie der chronischen Niereninsuffizienz

Die häufigste Ursache für die Niereninsuffizienz ist die diabetische Nephropathie, welche als Komplikation von Diabetes Mellitus auftritt. Auch wichtig zu nennen, sind die chronische Glomerulonephritis und die chronische Pyelonephritis, sowie die seltenere polyzystische Nierenkrankheit und die Analgetika-Niere. (Vgl. Beise et al., 2013, S.179)

2.1.3 Epidemiologie der chronischen Niereninsuffizienz

„In Europa entwickeln jährlich ca. 50-80 Personen pro 1 Million Einwohner eine terminale Niereninsuffizienz (...).“ (Reimer et al., 2002, S.17) Die Prävalenzrate für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz, welche aufgrund der Symptome der medizinischen Therapie unterliegt, wird in Deutschland bei knapp über 700 pro 1 Million Einwohner erfasst. (Vgl. Reimer et al., 2002, S.17)

2.1.4 Verlauf und Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz

Am Anfang der Erkrankung ist eine geringe Funktionseinschränkung der Niere mit normalen Retentionswerten zu verzeichnen. Danach folgt das Stadium der kompensierten Retention, wobei die GFR weiter absinkt, was einen Anstieg der Retention zur Folge hat. Es sind in diesem Stadium noch keine Symptome zu verzeichnen. Als nächstes folgt die präterminale Niereninsuffizienz, welche durch das Absterben von Nierengewebe und einer metabolischen Azidose auffällt. Im

Endstadium der Erkrankung kommt es zur terminalen Niereninsuffizienz und die Funktion der Niere dekompenziert vollständig. (Vgl. Beise et al., 2013, S.179) Symptomatisch leiden die Patienten unter einer Multi-Organerkrankung. „Das Herz-Kreislauf-System zeigt Hypertonie, Herzinsuffizienz und Ödeme, die Lunge ein Lungenödem sowie Pneumonie und Pleuritis.“ (Beise et al., 2013, S.180) Zu den Symptomen gehören ebenfalls Wesensveränderungen, Erbrechen, Übelkeit und Gastritis. (Vgl. Beise et al., 2013, S.179f.)

Tabelle 2

Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz (nach K/DOQI)

Stadium	Definition	GFR ml/min/1,73m ²	Maßnahmen
I	Strukturelle oder funktionelle Nierenstörungen bei normaler GFR	> 90	Progressionsverzögerung Therapie Co - Morbiditäten
II	Gering reduzierte glomeruläre Filtrationsrate (GFR)	60 - 89	Progressionsverzögerung RR - Einstellung
III	Deutlich reduzierte GFR	30 - 59	Therapie Komplikationen NI
IV	Stark reduzierte GFR	15 - 29	Vorbereitung Nierenersatztherapie
V	Terminale Niereninsuffizienz	< 15	Beginn Nierenersatztherapie

(Vgl. Breuch, 2008, S.30)

2.1.5 medizinische Therapie der chronischen Niereninsuffizienz

„Bei chronischen Nierenerkrankungen sollte die Dialysebehandlung begonnen werden, wenn die GFR zwischen 5 und 9ml/min beträgt und urämische Symptome bzw. Probleme des Flüssigkeitshaushaltes vorliegen.“ (Riegel, Schnülle, 2011, S.2025) Es gibt mehrere Arten zu dialysieren. Unter den Begriffen Hämodialyse und Hämofiltration, sowie der Kombination aus beiden, der sogenannten

Hämodiafiltration, lassen sich die Arten der Dialyse allgemein zusammenfassen. Bei der Hämodialyse wird unterschieden zwischen extrakorporaler und peritonealer Dialyse. Neben der Dialyse ist die Nierentransplantation eine wichtige Therapie der terminalen Niereninsuffizienz. Die Nierentransplantation gibt es in verschiedenen Formen: der Isotransplantation, der Allotransplantation und der Xenotransplantation. (Vgl. Schewior-Popp et al., 2009, S.968ff.)

2.2 Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen

Krankheitsbewältigung ist ein zentraler Faktor im Verlauf chronischer Erkrankungen, der über den Progress der Erkrankung bestimmt. Dabei beschreibt die Krankheitsbewältigung: „das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln abzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten.“ (Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.31) Nachdem die Wertigkeit der Krankheitsverarbeitung im Krankheitsverlauf erkannt wurde, wurde sie durch verschiedene wissenschaftliche Disziplinen erforscht und evaluiert, woraus sich verschiedene Modelle und Erklärungsansätze entwickelt haben. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.31f.) Aufgrund ihrer spezifischen Auswirkungen erfordern chronische Erkrankungen eine komplexere Form der Krankheitsbewältigung, die alle Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten involviert. Zumal es bei chronischen Erkrankungen kein Erkrankungsende gibt und sich der Patient folglich mit einer dauernden und in Abhängigkeit der chronischen Erkrankung zunehmenden Einschränkung und einer zum Teil erhöhten Mortalität und verkürzten Lebensqualität auseinandersetzen muss. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.32f.) Hier entstehen Anforderungen und Belastungen, die einerseits innerpsychisch im Patienten entstehen und welche andererseits durch das Umfeld und auch die Behandler an den Patienten herangetragen werden. Zu diesen Belastungen gehören unter anderem:

- „(ein) gestörtes emotionales Gleichgewicht und Wohlbefinden,
- finanzielle Probleme (und ein) drohender sozialer Abstieg,
- (eine) Erschütterung des Selbstkonzeptes (Körperselbst, Leistungsselbst, soziales Selbst),

- körperliche Einschränkungen,
- (die) Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs und
- (die) Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem.“ (Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.33)

Wie gut oder wie schlecht die Krankheitsbewältigung des Patienten ist, bestimmt, wie er mit diesen Anforderungen und Belastungen umgeht. Gerade bei chronischen Erkrankungen wie der chronischen Niereninsuffizienz kann eine unzureichende Krankheitsbewältigung das Selbstmanagement des Patienten negativ beeinflussen und damit den Krankheitsprogress beschleunigen.

2.2.1 Anforderungen der Krankheitsbewältigung

Laut Schaeffer haben chronische Erkrankungen allgemein weitreichende biografische Konsequenzen, die, egal in welcher Lebensphase, integriert werden müssen. Die Probleme beschränken sich aus Sicht der Betroffenen nicht nur auf das Krankheitsgeschehen, sondern setzen sich ebenso mit den Möglichkeiten auseinander, wie man dem Leben mit Erkrankungen einen neuen Lebenssinn verleihen oder diesen wiederentdecken kann. Neben den somatischen Folgen einer chronischen Erkrankung müssen Erkrankte Identitätsbezüge herstellen können und daraus ein Gleichgewicht beider Perspektiven schaffen. Wenn das gelingt, kann es dem Patienten helfen, richtige Effekte bei Pflegeinterventionen, Ressourcennutzung und Bewältigungsstrategien zu finden. (Vgl. Schaeffer, 2006, S.193)

Die Hilflosigkeit im Umgang mit der Erkrankung resultiert vielfach bei den Betroffenen aus ihrem Nichtwissen über Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten und dem dazu führenden situativen Kontrollverlust.

Ein Punkt der Krankheitsbewältigung besteht aus der Not, seine gewohnten Lebensalltags-Routinen anpassen zu müssen. Die Konstanz in der Krankheitsbewältigung besteht für die Betroffenen darin, dass es keine gibt, außer ständiger neuer Anpassung an den Krankheitsverlauf. Keine chronische Erkrankung verläuft einmalig oder gleichförmig. Dies widerspricht der Bildung von langfristigen Routinen und kann dazu führen, dass die Betroffenen aus der Lebensbalance geraten und krisenhafte Züge entwickeln. (Vgl. Schaeffer, 2006, S.195)

Diese Krisen sind vor allem auch für soziale Gefüge und bestehende familiäre Strukturen eine große Belastung. Rollenverteilungen und deren Interaktionsmuster müssen neu überdacht werden. Mit chronischer Krankheit kommt ein neuer Unterstützungsbedarf in den Alltag und fördert langanhaltende Beanspruchung, sowie Strapazen. (Vgl. Schaeffer, 2006, S.196)

Für Pflegende ergeben sich daraus langanhaltende und auf das Individuum und deren sozialen Kontext einzeln zugeschnittene Behandlungen. Für die Pflege steht im Mittelpunkt der Krankheitsbewältigung, das durch die chronischen Erkrankungen gestörte Wohlempfinden des Patienten wiederherzustellen. Dies muss unter anderem durch das Erkennen von medizinischen Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten für den Erkrankten geschehen. Im Weiteren muss die Pflege laut Funk et al. auf folgende Probleme chronischer Erkrankung reagieren: „eingeschränkte Funktionen, verminderte Selbstpflegefähigkeit, Schmerz und Unbehagen, emotionale Probleme im Zusammenhang mit der Krankheit und deren Behandlung, Veränderung des Selbstbildes durch Änderung des Gesundheitszustandes.“ (Funk et al.,1997, S.21)

Die speziellen Bewältigungsherausforderungen für chronisch niereninsuffiziente Patienten ergeben sich unter anderem aus den Stadien ihrer Behandlung der Erkrankung. Im Prä-Dialysestadium der Patienten gilt es, Komplikationen durch die Erkrankung zu vermeiden und die Progression zu verzögern. In den Stadien I bis II der chronischen Niereninsuffizienz steigt das Kreatinin und die GFR, die Symptome Proteinurie und Hypertonie sind die Folge. Neben der Restriktion von Eiweißen und dem Beginn der medikamentösen Behandlung sind engmaschige Kontrollen beim Nephrologen nötig, um Stoffwechselentgleisungen und deren Komplikationen zu verhindern. (Vgl. Breuch, 2008, S.30f.) Im Stadium III der chronischen Niereninsuffizienz haben die Betroffenen ein erhöhtes Risiko für Anämie, Unterernährung, Bluthochdruck, Knochenabbau, Fettstoffwechselstörungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Neuropathie, Depressionen, gemindertes Wohlbefinden durch Funktionseinschränkungen, Verlust der Nierenfunktionen und Tod. (Vgl. Enworom, Tabi, 2015, S.364) 16 von 40 Patienten mit prä-terminaler Niereninsuffizienz versterben durch kardiovaskuläre Erkrankungen, bevor sie das Stadium der terminalen Niereninsuffizienz erreichen. (Vgl. Enworom, Tabi, 2015, S.364) Im Stadium IV der

chronischen Niereninsuffizienz verstärken sich diese Symptome. Hinzu kommen Schlafstörungen, Muskelkrämpfe, sowie die weitere Verschlechterung der Blutdruckeinstellung. Neben der Behandlung von diesen Belastungen gilt es, die medikamentöse und diätetische Therapie weiter umzusetzen und den Patienten auf die Nierenersatztherapie vorzubereiten. Hierzu wird im Vorfeld ein passendes Dialyseverfahren bestimmt. Grundsätzlich ist frühzeitige Informationsbeschaffung der Schlüssel zum geeigneten Behandlungsverfahren. Es können sowohl Hämodialyse, als auch Peritonealdialyse ambulant durchgeführt werden, was eine aktivere Rolle der Patienten an der Therapie erfordert. Für aktive und berufstätige Patienten eignet sich die Heimdialyse, wobei auch das soziale Umfeld und die Kooperationsbereitschaft des Patienten wichtige Voraussetzungen für diese Form sind. Der Anteil an Heimdialysen in Deutschland betrug 2013 nur 599 Dialysefälle von insgesamt 82367 Dialysefällen. (Vgl. Gesundheitsberichterstattung, 2013) Der Anteil an Heimdialysen ist also gering, obwohl dies höhere Lebensqualität, größere Unabhängigkeit und bessere Rehabilitation bedeutet, weil das Behandlungsschema den Bedürfnissen der nierenkranken Personen individueller angepasst werden kann. (Vgl. Klug Redman, 2004, S.142) Gegen eine Heimdialyse spricht das meistens fortgeschrittene Alter und aufgrund der Vorerkrankungen ein deutlich reduzierter Gesundheitszustand. Aufgrund von Versorgungsproblemen, Multimorbidität und höherem Lebensalter ist die Zentrumsdialyse das am häufigsten betriebene Versorgungsverfahren. Neben der Bestimmung des Dialyseverfahrens wird auch ein dementsprechender Gefäßzugang benötigt. Dieser wird durch Dringlichkeit und Dauer des Dialyseverfahrens bestimmt. Im Stadium V der chronischen Niereninsuffizienz wird die Dialysebehandlung aufgenommen. (Vgl. Breuch, 2008, S.32)

Der Beginn einer Nierenersatztherapie stellt immer eine Krise dar, welche das Kohärenzgefühl der Betroffenen erschüttert. Patienten, die ein hohes Kohärenzgefühl besitzen, verarbeiten ihre Erkrankung besser. Patienten, die wenig Zusammenhang zwischen den Anforderungen und Belastungen vom Alltag und der chronischen Nierenerkrankung herstellen können, tendieren eher zur depressiven Krankheitsverarbeitung. (Vgl. Wagner, 2009, S.4) „Dialysepatienten benötigen aufgrund ihres dauerhaften und irreversiblen Krankheitsbildes sowie der besonderen Verlaufsdynamik langfristig angelegte Versorgungs- und

Pflegekonzepte und eine ebensolches Management der mit ihnen verbunden Probleme.“ (Wagner, 2009, S.4) Die chronische Niereninsuffizienz ist eine lebensbedrohende Erkrankung, die mit vielen Unsicherheiten und unbekanntem Faktoren für Patienten am Anfang der Krankheit beginnt. Die Patienten müssen sich mit Fragen der Lebensperspektive auseinandersetzen und sich Ängsten im Krankheitsverlauf, sowie möglichen Komplikationen stellen. Im Verlaufe der Erkrankung und ihrer Therapie wird es für den Patienten zunehmend Augenblicke der Angst geben. Die Lebensbedrohung, die Bedrohung des körperlichen Wohlbefindens und der Selbstbestimmung durch die Erkrankung und Symptome, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, Schmerzen und die Angst vor dem ungewissen Krankheitsverlauf gehören mit der chronischen Nierenerkrankung zum Lebensalltag. (Vgl. Weiderer, 1997, S.12ff.)

Einem Niereninsuffizienten hilft es, sich Informationen über seine Erkrankung zu beschaffen, einen geeigneten Arzt zu wählen oder die Rollenverteilung der Familie anders zu strukturieren. Auch Selbsthilfegruppen helfen die Erkrankung besser anzunehmen und zu verarbeiten. Ein Gefühl, das Betroffene von chronischen Erkrankungen teilen, ist das der Angst vor Einschränkungen im persönlichen Leben. Diese Angst kann nur zusammen mit der Familie beziehungsweise dem eigenen Umfeld überwunden werden. Probleme, die meist frühzeitig besprochen werden, ziehen weniger weitreichende Konsequenzen und Gefühle mit sich. (Vgl. Weiderer, 1997, S.16) Eine weitere Strategie der Angstbewältigung liegt darin, die kleinen Dinge des Lebens zu schätzen. „Ein Patient, der so weit als möglich aktiv ist und Dinge tut, die ihm Freude machen, aber auch zu den Grenzen seiner Leistungsfähigkeit steht, wird mehr Sinn in seinem Leben finden und sich weniger in unnötige Befürchtungen steigern (...).“ (Weiderer, 1997, S.18) Der Betroffene muss akzeptieren, dass immer eine Ungewissheit bleibt, nämlich die des Verlaufs der chronischen Erkrankung. Ein gewisser Teil an Angst muss vom Betroffenen gelebt werden, damit er nicht zu erschöpft ist, um seine Krankheit zu bewältigen.

2.3 Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen

Unter Selbstmanagement versteht man das Management des Krankheitsgeschehens, sowie seiner emotionalen und sozialen Probleme. Auch

die Rollensituation der Erkrankten spielt nach Haslbeck eine wichtige Rolle. Es gehört kontinuierliche Selbstbeobachtung, das Abwägen von Handlungsentscheidungen und die Ressourcennutzung im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen dazu. Zielentscheidungen müssen vom Erkrankten festgelegt, umgesetzt und kontrolliert, sowie Fehlentwicklungen selbstständig korrigiert werden. (Vgl. Haslbeck, 2007, S.1119f.) Die meisten Selbstmanagementprogramme bieten dem chronisch Erkrankten Strategien, die viele Gemeinsamkeiten beinhalten. Es geht um das Anstreben einer aktiven Patientenrolle, Problemorientierung, Entspannung, Patientensicht, Entscheidungsfindung und Kontakt zu Behandlern, sowie Ressourcenorientierung. (Vgl. Abt – Zegelin zitiert in Klug Redman, 2008, S.12) Unterschiede von Selbstmanagementprogrammen finden sich bezogen auf das Setting. Manche Programme finden stationär, andere häuslich, die meisten aber in beiden Settings statt. Selbstmanagementprogramme werden in Einzel-, sowie Gruppentreffen abgehalten. (Vgl. Abt – Zegelin zitiert in Klug Redman, 2008, S.13) Die meisten Selbstmanagementprogramme bestehen aus kognitivem Lernen und Verhaltensorientierung. (Vgl. Abt – Zegelin zitiert in Klug Redman, 2008, S.12)

Für Menschen mit chronischer Niereninsuffizienz hat Selbstmanagement einen mehrdimensionalen Ansatz. Der Patient muss Wissen über seine Krankheit und deren Behandlung besitzen, um seine Therapie individuell mitgestalten zu können. Die individualisierte Therapie schließt Wissen über die Ursachen der Erkrankung, Komorbiditäten, die Schwere der Erkrankung und die daraus entstandenen Komplikationen, sowie das Risiko für den Verlust der Nierenfunktion und kardiovaskuläre Erkrankungen mit ein. Die Behandlungsziele sollten daran angepasst sein, das Risiko für den Verlust der Nierenfunktion zu senken, kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und weiteren Komplikationen vorzubeugen, sowie gezielt die Nierenersatztherapie vorzubereiten. (Vgl. Enworum, Tabi, 2015, S.364) Zum Selbstmanagement des Betroffenen gehört das Verlangsamen der Progression der Erkrankung. Hierfür muss er ein genaues Selbstmonitoring seines Blutdrucks betreiben und die genaue Einnahme der Medikamente beachten, um die Verminderung der Proteinurie durch das blockieren des Renin-Angiotensin-Aldosteron Systems zu unterstützen. (Vgl. Enworum, Tabi, 2015, S.364) Für Betroffene der chronischen Niereninsuffizienz, ausgelöst durch Diabetes Mellitus,

gilt eine genaue Überprüfung und Behandlung des Blutzuckerspiegels zum Selbstmanagement. Um diese Erkrankung gezielter managen zu können, sind Ernährungsberatung, Anpassung des Lebensstils, sowie das Besuchen von Schulungen, die das Krankheitsbewusstsein stärken und die Nierenersatztherapie vorbereiten sinnvoll. Beim Auftreten von Depressionen sollte psychologische Unterstützung gesucht werden.

2.4 Selbstmanagementförderung bei chronischen Erkrankungen

2.4.1 Begriffsklärung Selbstmanagementförderung

Selbstmanagementförderung ist im Grunde die Weiterentwicklung der Patientenedukation. Um Selbstmanagementförderung umzusetzen, benötigt man ein gemeinsames Konzept aller beteiligten Akteure, um das Angebot der Behandlung abzustimmen. (Vgl. Abt – Zegelin zitiert in Klug Redman, 2004, S.12) Selbstmanagement zu fördern, heißt nicht nur, die Umsetzung des medizinischen Compliance-Begriffs zu erhöhen, sondern auch Erkrankte und ihre Betreuungspersonen auf ihre höchst verantwortungsvollen Aufgaben im Umgang mit Erkrankungen durch vereinbarte Behandlungsziele vorzubereiten. Ebenfalls gilt es, Strategien des Alltagsmanagements chronisch Erkrankter herauszufiltern und patientenbezogene Krankheitsaspekte zu fokussieren, also die Patientenperspektive zu verstehen. (Vgl. Klug Redman, 2004, S.9f.) Selbstmanagementförderung legt laut Haslbeck den Schwerpunkt auf Expertisierung, Empowerment und Kompetenzförderung chronischer Erkrankung mit dem Ziel die Bewältigungsherausforderungen zu unterstützen. Hierfür muss die aktive Rolle der Erkrankten am Geschehen der Krankheitsbewältigung betont werden. Darüber hinaus ist Selbstmanagementförderung problemorientiert auf die Sichtweise der chronisch Erkrankten und dient zur individuellen Problemlösung des Betroffenen. (Vgl. Haslbeck, 2007, S.1120)

Die Erfordernisse für die Umsetzung von Selbstmanagementförderung sind eine frühzeitige Einbindung der Betroffenen in das Versorgungsgeschehen, eine kommunikative und emotionale Begegnung des Unterstützungsbedarfs, ihnen Informationen zum Krankheitsgeschehen und dem Medikamentenregime zu geben, Integration der Krankheit in das Alltagsgeschehen zu unterstützen, dem

Erkrankten Deutungskompetenzen zur Selbsteinschätzung des Befindens zu vermitteln, ihnen zu helfen, ihren Interessen in Aushandlungsprozessen mit den an der Krankheitsversorgung beteiligten Akteuren Ausdruck zu verleihen und ihre Patientenrolle im Wandel durch die Erkrankung wahrzunehmen. (Vgl. Haslbeck, 2007, S.1120f.) Da die Pflege in institutionellen, sowie häuslichen Versorgungssettings den chronisch Erkrankten begegnet, kann sie Selbstmanagementförderung realisieren. Hierzu benötigt die Pflege beratende und kommunikative Fähigkeiten. (Vgl. Haslbeck, 2007, S.1121)

2.4.2 Selbstmanagementförderung bei der chronischen Niereninsuffizienz

Für Patienten, die eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz haben, sollen die betreuenden Einrichtungen die Wissensvermittlung über die Möglichkeiten und das Dialyseverfahren selbst schulen. Außerdem rücken bei der Rehabilitation der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz die berufliche Wiedereingliederung, Physiotherapie, Diätschulung und psychotherapeutische Begleitung in den Fokus. (Vgl. Bundesärztekammer et al., 2015, S.40)

2.5 Versorgungsmodelle zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung

Zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung existieren verschiedene Versorgungsmodelle, die bezogen auf die chronischen Erkrankungen im Allgemeinen und bezogen auf die chronische Niereninsuffizienz nachfolgend vorgestellt werden.

2.5.1 Versorgungsmodelle bei chronischen Erkrankungen

Die Mehrzahl der Versorgungsmodelle zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung zielt auf Modelle und Programme innerhalb der medizinischen Rehabilitation ab. Sie sind Bestandteil der psychosomatischen und psychiatrischen Medizin. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.49f.) Zu den Elementen der Krankheitsbewältigung, die in diesem Kontext optimiert werden sollen, gehören beispielsweise die Befähigung zur Bewältigung und Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen in Bezug auf die chronische Erkrankung, die Entwicklung von Zukunftsperspektiven unter Einbeziehung der krankheitsbedingten sozialen und körperlichen Einschränkungen, die Anleitung zu einer gesundheitsförderlichen Lebenseinstellung und Lebensführung, die

Entwicklung und Stärkung patientenindividueller Ressourcen und Selbsthilfepotentiale, sowie die Begleitung und Stärkung im Umgang mit der chronischen Erkrankung. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.49)

Obgleich diese Maßnahmen in Deutschland vor allem im stationären Setting stattfinden, gibt es auch Programme und Modelle, die ambulant durchgeführt werden. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld 2016, S.49) Die Kosten derartiger Programme werden im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen von den Rentenversicherungen und den Berufsgenossenschaften getragen.

Neben den Face-to-Face-Angeboten werden in Deutschland zunehmend auch Modelle getestet, in denen Patienten durch telemedizinische, telefon- und internetgestützte Nachsorgeprogramme in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützt werden. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.49f.)

Gleichzeitig bedarf es in den Modellen zur Krankheitsbewältigung spezifischer Elemente aus dem Bereich der Präventionsmedizin, mit deren Hilfe es den Patienten ermöglicht werden soll, langfristig ihren sozialen und gesellschaftlichen Status aufrecht zu erhalten. Somit beschränken sich die Modelle zur Krankheitsbewältigung nicht mehr nur auf die psychologischen Aspekte, sondern bedienen sich auch soziotherapeutischer Konzepte, zu denen unter anderem Wiedereingliederungsmaßnahmen gehören. Zumal auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben die Krankheitsbewältigung der Patienten mit chronischen Erkrankungen beeinflusst. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld 2016, S.50ff.)

2.5.2 Versorgungsmodelle bei der chronischen Niereninsuffizienz

Die Versorgungsmodelle zur Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz folgen denselben Aspekten wie die oben beschriebenen Modelle zur Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischen Erkrankungen im Allgemeinen. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.63) Als optimal haben sich für diese Patientengruppe Versorgungsmodelle erwiesen, welche eine ganzheitliche Versorgung der Patienten gestatten und eine effiziente Verkopplung von medizinischen und psychosozialen Aspekten mit sich bringen, die allesamt für eine gute Krankheitsbewältigung wichtig sind. (Vgl. Jagla, et al. 2009, S.63) Bisher wird die Thematik der Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronischer

Niereninsuffizienz jedoch unzureichend thematisiert, weswegen krankheitsspezifische Versorgungsmodelle auf einzelne Versorgungszentren beschränkt sind und sich nach den Strukturen der jeweiligen Zentren richten. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.64f.)

Damit heben sich die Versorgungsmodelle deutlich gegenüber den Modellen bei Patienten mit chronischen Herzerkrankungen oder onkologischen Erkrankungen ab, bei denen es etablierte und gut evaluierte Versorgungsmodelle zur Krankheitsbewältigung gibt. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.64) In ihrer Studie aus dem Jahr 2009 untersuchten Jagla et al. verschiedene Strategien, welche von niereninsuffizienten Patienten zur Krankheitsbewältigung angewendet wurden. Zu diesen gehörten vor allem Strategien, die auf das Vertrauen in die ärztliche Behandlung und den Behandler abzielten, das problemorientierte Coping, die Informationssuche und der Austausch mit anderen Patienten. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.68) Ausgehend von diesen patientenspezifischen Strategien können Versorgungsmodelle konzipiert werden, welche neben Informationsangeboten auch Angebote zum Austausch mit Gleichgesinnten und Angebote zum Erlernen des Umgangs mit der Erkrankung umfassen. (Vgl. Jagla et al., 2009, S.68f.)

3 Empirischer Teil

Von verschiedenen Autoren wurde das Selbstmanagement bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz untersucht. Aus den Datenbanken wurden insgesamt zwölf Studien herausgenommen, die im Rahmen des empirischen Teils vorgestellt und analysiert werden sollen.

Die nachfolgende Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die analysierten Studien.

Tabelle 3

Übersicht, der im Rahmen dieser Arbeit analysierten zwölf Studien

Autor	Studienart	Studiengröße	Journal	Publikationsjahr
Bonner et al.	Literaturstudie	274 Patienten in 5 Studien	Journal of Renal Care	2014
Chen et al.	prospektive klinische Studie	54 Patienten	Nephrol Dial Transplant	2011
Costantini et al.	qualitative klinische Studie	60 Patienten	Nephrol Nursing Journal	2008
Welch et al.	Literaturstudie	7 Studien zwischen 2010 und 2013	Western Journal of Nursing Research	2015
Karavetian, Ghaddar	randomisiert kontrollierte Studie	122 Patienten	Journal of Renal Care	2012
Walker et al.	prospektive klinische	52 Patienten	Renal Society of Australasia	2013

	Studie		Journal	
Enworom und Tabi	retrospektiv-prospektive klinische Studie	98 Patienten	Nephrology Nursing Journal	2015
Wong et al.	randomisiert kontrollierte Studie	94 Patienten	International Journal of Nursing Studies	2010
Lin et al.	longitudinale Studie	37 Patienten	Applied Nursing Research	2013
Choi, Lee	prospektive klinische Studie	61 Patienten	J Korean Acad Nurs	2012
Lingerfelt, Thornton	prospektive klinische Studie	26 Patienten	Nephrology Nursing Journal	2011
Richard	Literaturstudie	64 Studien	Nephrology Nursing Journal	2006

Costantini et al. untersuchten 2008 im Rahmen einer qualitativen Studie als Teil einer großangelegten cross-sektionalen, quantitativen Studie zu psychosozialen Parametern das Gesundheitsverhalten von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz in nephrologischen Kliniken in Toronto, Kanada. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.148) Grundlage der Studie von Constantini et al. waren der bestehende signifikante Zusammenhang zwischen dem Progress der chronischen Niereninsuffizienz, der frühzeitigen Diagnose, der effektiven Therapie der Niereninsuffizienz und die geringe Datenlage bezüglich des Selbstmanagement bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz im Anfangsstadium. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.147)

Hierfür wurden von den 60 Studienteilnehmern zwölf Patienten in die qualitative Studie von Constantini et al. aufgenommen. Zu den Einschlusskriterien gehörten der bioptisch gesicherte Nachweis der glomerulären Nierenerkrankung, das Vorliegen einer GFR von mindestens 30ml/min, das Fehlen weiterer chronischer Erkrankungen und die Befähigung der englischen Sprache. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.148f.) Die nachfolgende Tabelle stellt die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie von Constantini et al. nochmals dar.

Tabelle 4

Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie von Constantini et al. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.148f.)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten beiderlei Geschlechts • Patienten der nephrologischen Kliniken in Toronto, Kanada • Patientenalter ≥ 18 Jahre • GFR ≥ 30ml/min • Keine Komorbiditäten • Englische Sprachkenntnisse • Einwilligung in die Studie 	<ul style="list-style-type: none"> • GFR < 30ml/min • Komorbiditäten • Mangelhafte Kenntnisse der englischen Sprache • Fehlende Einwilligung zur Studienteilnahme • Patientenalter < 18 Jahre

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 41,3 Jahren. Acht der Patienten waren weiblich und sechs männlich. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.149)

In einem Face-to-Face-Interview und unter Zuhilfenahme eines teilstrukturierten Fragebogens wurden die Patienten bezüglich ihrer Krankheitsvorstellungen, ihrer Gesundheitsvorstellungen, ihres Umgangs mit der Krankheit, ihrer Rolle im Krankheits- und Therapieprozess und ihrem Bedarf an persönlicher Unterstützung zum Selbstmanagement befragt. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.149) Die Forscher

kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz spezifischer Programme bedürfen, die einerseits den Patienten darin unterstützen seine Erkrankung und deren Ursachen zu verstehen und zu akzeptieren, und andererseits dem Patienten im Umgang und Management mit der chronischen Niereninsuffizienz helfen. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.150) Vor allem Patienten, die noch keine ausgeprägten Symptome der chronischen Niereninsuffizienz an sich wahrnahmen, zeigten eine geringere Krankheitseinsicht beziehungsweise eine erschwerte Akzeptanz der Erkrankung, was mit einer mangelnden Umsetzung der Therapievorschriften einherging. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.150) In den Interviews zeigte sich, dass die Mehrzahl dieser Patienten sich eine frühzeitige Aufklärung und Hilfestellung wünschen, die sie in ihrem Selbstmanagement unterstützt. Gleichzeitig zeigte sich, dass ein effektives Selbstmanagement durch die Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz eine Akzeptanz der Krankheit und eine Integration derselben in das Selbstkonzept der Patienten voraussetzt. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.149ff.) Daneben gaben die meisten Patienten an, dass sie trotz mehrmaliger Konsultationen des Nephrologen nicht über die Chronizität der Erkrankung informiert waren. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.150) Forciert wurde dies durch die Feststellung, dass keiner der Studienteilnehmer den Begriff chronisch gebrauchte. Vielmehr wurde von einer lebenslangen Erkrankung und einer Erkrankung für immer gesprochen. Dabei ist das Wissen über die Chronizität und den Progress der chronischen Niereninsuffizienz unabdingbar für die Wirksamkeit des Selbstmanagements der Patienten. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.150) Hinsichtlich ihres Selbstmanagements mit der Erkrankung beschrieben die Patienten Maßnahmen, die vor allem auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme, die Umsetzung der Diätvorschriften, die Messung entsprechender Parameter, wie dem Blutdruck, und die regelmäßige Konsultation des Nephrologen abzielten. In diesem Zusammenhang zeigte sich auch eine hohe Variabilität und Individualität des Bedürfnisses nach Mitbestimmung und Aktivität im Therapieprozess. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.151) Die Forscher machten deutlich, dass das Selbstmanagement auch bei Patienten in frühen Stadien der chronischen Niereninsuffizienz einen hohen Stellenwert besitzt. Zumal hier die Weichen für den Progress der Erkrankung gestellt werden, indem Patienten sich mit ihrer

Erkrankung auseinandersetzen, um die Chronizität und die Folgen, sowie um die Interventionsmöglichkeiten wissen. Sie kamen daneben zu dem Schluss, dass es eines Ausbaus der Programme zur Förderung des Selbstmanagements bei Patienten im Anfangsstadium der chronischen Niereninsuffizienz bedarf, da diese Patienten aktuell diesbezüglich unterversorgt sind. Gleichzeitig muss bei der Entwicklung derartiger Selbstmanagementprogramme für dieses Patientenkontinuum die Dualität des Selbstmanagements berücksichtigt werden, die sich aus dem Selbstmanagement im Kontext der Akzeptanz der Erkrankung und dem Selbstmanagement im Kontext des Lebens mit der Erkrankung zusammensetzt. (Vgl. Costantini et al., 2008, S.152)

Damit haben die Forscher um Constantini einen wesentlichen Beitrag zur Evaluation des Selbstmanagements bei Patienten im Anfangsstadium einer chronischen Niereninsuffizienz geleistet und es wurde deutlich, dass gerade in diesem Bereich die Selbstmanagementprogramme ausgebaut werden müssen. Zudem bedarf es weiterer Studien, die sich mit dem Selbstmanagement und der Wirksamkeit von Selbstmanagementprogrammen bei diesem Patientenkontinuum befassen.

In einer Literaturstudie untersuchte Richard 2006 das Selbstmanagement bei Dialysepatienten. Hier untersuchte er insgesamt 64 Studien, die in den Datenbanken Medline, Cinahl, Health and Psychosocial Instruments und Psycinfo Database auffindig gemacht wurden. (Vgl. Richard, 2006, S.388) Anlass dieser Studie war die zunehmende Inzidenz von Hämodialysepatienten in den USA, deren dauerhafte Behandlung und die Verlangsamung des Krankheitsprozesses von der Compliance und der Adhärenz des Patienten signifikant abhängig sind. (Vgl. Richard, 2006, S.387) Primäres Ziel der Studie war die Darstellung des Selbstmanagements unter erwachsenen Hämodialysepatienten, die Suche nach einer Definition des Selbstmanagement bei Hämodialysepatienten, um davon ausgehend Kriterien, Fördermöglichkeiten und Einflussfaktoren des Selbstmanagements bei Hämodialysepatienten ableiten zu können. (Vgl. Richard, 2006, S.388) Es zeigte sich, dass eine entsprechende Definition lediglich in zwei Studien aufgeführt wurde. (Vgl. Richard, 2006, S.388) Zudem untermauerten die untersuchten Studien, dass der Begriff der Compliance in der Nephrologie eine kontinuierliche Anwendung erfährt, obgleich er dem Selbstmanagement des

Patienten nur unzureichend gerecht wird und längst durch den Begriff der Adhärenz abgelöst wurde. (Vgl. Richard, 2006, S.388) Der Adhärenzbegriff wurde jedoch nur in zwei der analysierten Studien verwendet. Folglich bedarf es auch im wissenschaftstheoretischen Kontext der Nephrologie eine Neuorientierung und eine Aktualisierung der Terminologien. Insbesondere, da eine unzureichende Nutzung der Begriffe Compliance und Adhärenz den chronisch nierenkranken Patienten nicht gerecht wird. Zum einen impliziert der Begriff der Compliance eine zu hohe Passivität der Patienten. Zum anderen wird dem Patienten damit die Verantwortung für den Krankheitsverlauf nur unzureichend vermittelt und unter Umständen sogar abgenommen. Aus wissenschaftlicher Sicht führt die geringe Nutzung der beiden Begrifflichkeiten zu einer zunehmenden Unvergleichbarkeit wissenschaftlicher Studien in diesem Bereich. (Vgl. Richard, 2006, S.388) Daneben kategorisierte Richard die einzelnen Studien vor der Analyse in Studien zum Flüssigkeitshaushalt, zum Ernährungsmanagement, zur Medikation, in Interventionsstudien, in Studien zum Gefäßstatus und Studien, deren Schwerpunkt in patientenspezifischen Aspekten lag. Insgesamt zeigten alle Studien, dass den USA das Behandlungsregime für erwachsene Hämodialysepatienten zu komplex ist, sie aber unter Anleitung von Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern in der Lage sind, aktiv und selbstverantwortlich an ihrer Behandlung mitzuwirken und Notwendigkeiten und Wünsche zu äußern. (Vgl. Richard, 2006, S.392) Letztlich konnte Richard verschiedene Defizite ableiten, die das Selbstmanagement erwachsener Hämodialysepatienten und damit deren Behandlungserfolg signifikant beeinträchtigen. Zu diesen gehörten eine unzureichende Standardisierung der Outcome-Messung in den Behandlungen, ein unzureichendes Wissen der Patienten über die einzelnen Aspekte der Behandlung, ein unzureichendes Verständnis der Patienten und der Behandler für die Perspektive des jeweils Anderen und eine unzureichende partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung. (Vgl. Richard, 2006, S.392) Verbesserungen in diesen Bereichen sind notwendig, um die individuellen Krankheitsverläufe positiv beeinflussen und somit die gesamtökonomischen Kosten der Hämodialysepatienten minimieren zu können, was nur über eine Förderung und Stärkung des Selbstmanagements der Patienten erreicht werden kann.

Neben der eigentlichen Thematik des Selbstmanagements bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz untersuchten verschiedene Studien auch die Wirksamkeit von Programmen zur Förderung des Selbstmanagements bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz.

So untersuchte die Forschergruppe um Bonner et al. 2014 die Effizienz von Selbstmanagementprogrammen bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. In Form eines systemischen Reviews wurden dabei neun Fachdatenbanken, zu denen Medline, Cinahl, Embase, ProQuest Health & Medical Complete, ProQuest Nursing & Allied Health, The Cochrane Library, The Joanna Briggs Institute EBP Database, Web of science und Psycinfo gehörten, nach Artikeln aus dem Zeitraum 2003 bis 2013 durchsucht. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3)

Neben dem Publikationsjahr waren die Publikationssprache, Kriterien der Studienpopulation, die Anwendung von Selbstmanagementprogrammen und definierte Outcomes Auswahlkriterien für die Artikel. Seitens der Studienpopulation wurden nur Studien eingeschlossen, deren Teilnehmer mindestens 18 Jahre alt waren und an einer chronischen Niereninsuffizienz litten. Das Stadium der chronischen Niereninsuffizienz war nicht ausschlaggebend, weswegen in den aufgenommen Studien alle Stadien der chronischen Niereninsuffizienz vertreten waren. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3) Bezüglich der untersuchten Outcomes wurden nur Studien eingeschlossen, welche die Therapietreue der Patienten, das Wissen über die Erkrankung, die Nierenfunktion, die Hospitalisationsrate, die Selbstwirksamkeit, die Gesundheitsbildung und die Ergebnisse im Assessment Health-Related Quality of Life, kurz HRQoL, als Outcome untersuchten. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3) Ausgeschlossen wurden Artikel, die keine Originalarbeiten waren, die nicht einen der definierten Outcomes untersuchten, deren Studienteilnehmer nicht an einer chronischen Nierenerkrankungen litten, welche nur Patienten mit Niereninsuffizienz im Stadium vier untersuchten oder deren Outcome in keinem Zusammenhang zur chronischen Nierenerkrankung der Studienteilnehmer aufwies. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3)

Die nachfolgende Tabelle stellt die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien im systemischen Review von Bonner et al. noch einmal in der Übersicht dar.

Tabelle 5

Ein- und Ausschlusskriterien der Studien im systemischen Review von Bonner et al. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Publikationszeitraum 01.01.2003-28.2.2013 • Publikationssprache: Englisch • Patientenalter mindestens 18 Jahre • Vorliegen einer chronischen Niereninsuffizienz Stadium eins bis vier • Outcome (Therapietreue, das Wissen über die Erkrankung, die Nierenfunktion, die Hospitalisationsrate, die Selbstwirksamkeit, die Gesundheitsbildung, Ergebnisse im HRQoL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationsdatum <2003 oder >2013 • andere Publikationssprache als Englisch • keine Originalarbeit • Patientenalter <18 Jahre • Vorliegen einer ESKD • fehlender Zusammenhang zwischen Outcome und chronischer Niereninsuffizienz • Outcome, der nicht zu den unter Einschlusskriterien gelisteten Outcomes gehörte

Anhand der Kriterien wurden von den primär gefundenen 2051 Artikel lediglich fünf Studien mit insgesamt 274 Patienten in das Review übernommen. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3) Neben der Darstellung der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien wurden, sofern es möglich war, die Studienergebnisse mit Hilfe des Cohen Tests verglichen. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.3) Die Studienzentren lagen in Australien, Kanada, Korea und Taiwan. Drei der fünf Studien waren randomisiert, kontrollierte Studien. Die Stadien der Niereninsuffizienz lagen bei den Studienteilnehmern zwischen Stadium drei und Stadium fünf der chronischen Niereninsuffizienz. Der Follow-up-Zeitraum in den einzelnen Studien umfasste eine Spanne zwischen acht Wochen und zwölf

Monaten. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.4) Die gemessenen Outcomes verteilten sich derart, dass vier Studien das Wissen über die Krankheit, drei Studien die Ergebnisse des HRQoL und drei Studien das Selbstmanagement der Patienten als Outcome definierten. Die Selbstwirksamkeit, die Gesundheitsbildung und die Therapietreue wurden in keiner der Studien als Outcome definiert. Demgegenüber bestimmten vier Studien neben den von Bonner et al. definierten Outcomes die Gesamtmortalität und klinische Parameter in ihren Studiendesigns als objektives Kriterium der Therapietreue. Die in den einzelnen Studien untersuchten Selbstmanagementprogramme wiesen alle eine Face-to-Face-Behandlung auf, die entweder im Einzel- oder im Gruppensetting umgesetzt wurde. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.4) Die Frequenz der Selbstmanagementprogramme variierte zwischen der einmaligen Anwendung im Rahmen eines Workshops und mehrmals wöchentlichen Anwendungen. Gestaltet wurden die Selbstmanagementprogramme, deren Dauer zwischen fünf Wochen und zwölf Monaten lag, von Ärzten, Pflegefachkräften, Diätassistenten, Kochausbildern, Krankengymnasten und Sozialarbeitern. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.4) Bonner et al. fanden heraus, dass Selbstmanagementprogramme in der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz ein effizientes Mittel zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Zuversicht und der Problemlösungsfähigkeiten bei diesen Patienten sind. Insbesondere fördern die Selbstmanagementprogramme die Fähigkeit der Patienten, mit ihrer Krankheit umzugehen. Damit untermauern die analysierten Studien die Wirksamkeit und Notwendigkeit der flächendeckenden Implementation von Selbstmanagementprogrammen bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz unabhängig des Stadiums der Erkrankung und heben die Wertigkeit dieser Programme hervor, deren Stellenwert bei anderen chronischen Erkrankungen wie der chronischen Herzinsuffizienz oder dem Diabetes Mellitus bereits bewiesen wurde. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.8) Auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Studiendesigns und der damit verbundenen erschwerten Vergleichbarkeit der Daten konnten Bonner et al. damit die Wirksamkeit und Wertigkeit von Selbstmanagementprogrammen bei chronischer Niereninsuffizienz nachweisen.

In Anbetracht der hohen Inzidenz chronisch niereninsuffizienter Patienten und der Gefahr einer sich ausbildenden chronischen Niereninsuffizienz im Endstadium, die

neben negativen Auswirkungen für den Patienten auch mit hohen sozioökonomischen Kosten einhergeht, ist es unabdingbar, die Implementierung derartiger Programme flächendeckend voranzutreiben. Gleich welche Form für die Selbstmanagementprogramme gewählt werden, sollten diese allen Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zugänglich gemacht werden. Vor allem, da diese Programme die Mortalität der Patienten senken und den Progress zur Ausbildung eines Endstadiums mit Dialysepflichtigkeit verlangsamen. (Vgl. Bonner et al., 2014, S.8)

Auch Chen et al. untersuchten 2011 den Nutzen von Selbstmanagementprogrammen beziehungsweise die Unterstützung zum Selbstmanagement bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3560) Grundlage der Studie von Chen et al. bildete die steigende Inzidenz chronisch niereninsuffizienter Patienten und das sich damit ausbildende weltweite Gesundheitsproblem.

Im Rahmen einer offenen, randomisiert kontrollierten Studie wurden 54 Patienten der Abteilung für Nephrologie des Chang Gung Memorial Hospital in Keelung, Taiwan, mit einem Durchschnittsalter von 68,2 Jahren und chronischer Niereninsuffizienz untersucht. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561) Die Mehrzahl der Patienten (87,0%) war verheiratet und weiblichen Geschlechts (55,6%). Zu den Komorbiditäten der Patienten gehörten vor allem der Diabetes Mellitus und die arterielle Hypertonie.

Der Studienzeitraum lag zwischen Januar und Dezember 2008. Zu den Einschlusskriterien der Patienten gehörten ein Patientenalter über 18 Jahren, die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation in Taiwanesisch und Mandarin. Ausgeschlossen wurden Patienten anderer Kliniken, Patienten, welche die Zustimmung zur Studie verweigerten, Patienten, welche nicht über die entsprechenden sprachlichen Fähigkeiten in Taiwanesisch und Mandarin verfügten, Patienten, deren Serumalbumin unter 2,5g/dl lag und Patienten, bei denen in den zurückliegenden drei Monaten kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre oder infektiologische Erkrankungen und Ereignisse wie beispielsweise Herzinfarkte, Schlaganfälle und periphere arterielle Verschlusskrankheiten aufgetreten beziehungsweise diagnostiziert worden waren. (Vgl. Chen et al., 2011,

S.3561) Die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie um die Forschergruppe von Chen sind in Tabelle 6 nochmals zusammengefasst.

Tabelle 6

Ein- und Ausschlusskriterien der Studie von Chen et al. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten der Abteilung für Nephrologie des Chang Gung Memorial Hospital in Keelung, Taiwan • Patientenalter 18-80 Jahre • Einwilligung zur Studienteilnahme • Beherrschung der Sprachen Taiwanesisch und Mandarin • Vorliegen einer chronischen Niereninsuffizienz Stadium III-V • Patienten ohne Dialysepflichtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten anderer Kliniken • Patienten < 18 Jahre • Patienten ohne entsprechende Sprachfähigkeiten • Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen und Ereignisse in den letzten drei Monaten • Infektionserkrankungen und Infektionen in den letzten drei Monaten • Therapieresistente Hypertonie • Serumalbumin < 2,5g/dl • Fehlende Einwilligung zur Studienteilnahme

Die aufgenommenen Patienten wurden in zwei Studiengruppen aufgeteilt, von denen die eine Gruppe eine Selbstmanagementförderung (Selbstmanagementsupport – SMS) erhielt und die andere Gruppe nicht. In der SMS-Gruppe befanden sich letztlich 27 Patienten. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561) Alle Patienten wurden entsprechend den Kriterien der National Kidney Foundation,

kurz NKF, und anhand ihrer glomerulären Filtrationsrate in die entsprechenden Stadien der chronischen Niereninsuffizienz eingeteilt. Daneben wurde zur Einteilung der NKF dialysis outcome quality initiative, kurz DOQI, als Assessment herangezogen.

Nachfolgend sind die Klassifikationskriterien bezüglich der einzelnen Stadien der chronischen Niereninsuffizienz dargestellt, welche die Grundlage der Studie von Chen et al. bildeten.

Tabelle 7

Klassifikationskriterien zur Einteilung der Patienten in die Stadien der chronischen Niereninsuffizienz (Vgl. Chen et al., 2011, S.3561)

Stadium der chronischen NI	Kriterien
CKD Stage I	Nierenschaden, GFR \geq 90 ml/min/1,73m ²
CKD Stage II	Nierenschaden, GFR 60-89 ml/min/1,73m ²
CKD Stage III	Nierenschaden, GFR 30-59 ml/min/1,73m ²
CKD Stage IV	Nierenschaden, GFR 15-29 ml/min/1,73m ²
CKD Stage V	Nierenschaden, GFR <15 ml/min/1,73m ²

Die Einteilung der Patienten zu den einzelnen Stadien wurde zu Beginn der Studie, sowie nach sechs und zwölf Monaten anhand der Bestimmung der Laborparameter vorgenommen. Initial lag bei 67.3% der Patienten eine chronische Niereninsuffizienz Grad III-V vor. Die durchschnittliche GFR lag bei 25,38ml/min/1,73m² und das durchschnittliche Serumkreatin bei 3,42mg/dl. (Vgl.

Chen et al., 2011, S.3563) Zwischen den beiden Studiengruppen gab es bei Studienbeginn keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Parametern.

Gleichzeitig wurde die Morbidität der Patienten im Follow-up anhand der Hospitalisierungsrate und das Wissen über die Erkrankung anhand eines standardisierten Fragebogens bestimmt. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3562) Primäre Endpunkte der Studie waren absolute GFR-Veränderungen und die Hospitalisierungsrate. Zu den sekundären Endpunkten zählten eine Abnahme der GFR von mehr als 50%, das Eintreten des Endstadiums der chronischen Niereninsuffizienz aufgrund eines rasch progredienten Fortschreitens der Niereninsuffizienz und die Zunahme der Gesamtmortalität. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3562)

Die angewandten Programme zur Förderung des Selbstmanagements versetzten den Patienten in eine aktive Rolle im Handling seiner Erkrankung. Neben Schulungen und Aufklärungen zu der Erkrankung der chronischen Niereninsuffizienz wurden die Patienten der SMS-Gruppe in der Selbstfürsorge und der Adhärenz gegenüber dem Therapieregime gefördert. Zusätzlich erhielten diese Patienten telefonbasierte Unterstützung und die Option zur Teilnahme an einer unterstützend wirkenden Patientengruppe. Durchgeführt wurden die Programme von einem multidisziplinären Team aus Pflegekräften, Diätassistenten, Ehrenamtlichen und Fachleuten. Der Face-to-Face-Kontakt mit den Fachleuten erfolgte einmal monatlich, der Telefonkontakt einmal wöchentlich. Die Patientengruppe traf sich zweimal im Monat. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3562)

Die Forscher wiesen nach, dass alle untersuchten Patienten nur über ein geringes Wissen bezüglich der Erkrankung verfügten. Dabei waren vor allem die Kenntnisse der Ernährungsvorschriften und der medikamentösen Behandlung kaum ausgeprägt. Nach Abschluss der Studie konnte bei den Patienten, die ein Selbstmanagementprogramm erhielten, ein signifikanter Wissenszuwachs verzeichnet werden. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3563) Gleichzeitig war die GFR in der SMS-Gruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Sie lag bei den Patienten der SMS-Gruppe durchschnittlich bei $29,11\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ gegenüber $15,72\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ bei den Patienten der Kontrollgruppe, womit sie auch bezogen auf das Gesamtkollektiv und die initialen GFR-Werte eine Verbesserung der glomerulären Filtrationsrate aufwies. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3563)

Begründet wurde dies von den Forschern mit einer aufgrund des Selbstmanagementprogramms verlangsamten Progresses der Niereninsuffizienz. Darüber hinaus wiesen die Patienten der SMS-Gruppe eine signifikant niedrigere Hospitalisationsrate (18.50%) gegenüber der Kontrollgruppe (44.47%) auf, wobei die Indikationen zur stationären Aufnahme bei beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede zeigten. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3563) Auch bezüglich der sekundären Endpunkte waren die Ergebnisse der SMS-Gruppe signifikant besser als die Ergebnisse der Patienten der Kontrollgruppe. So kam es in der SMS-Gruppe bei nur einem Patienten zu einer Abnahme der GFR von mehr als 50%, während diese Abnahme in der Kontrollgruppe bei neun Patienten auftrat. Die Dialysepflichtigkeit trat in der SMS-Gruppe bei vier (14.8%) und in der Kontrollgruppe bei fünf Patienten (18.5%) zu Studienende auf. Lediglich in der Kontrollgruppe kam es zu einem Todesfall im Verlauf der Studie. (Vgl. Chen et al., 2011, S.3563)

Parallel zur Studie von Bonner et al. konnte auch Chen et al. den hohen Stellenwert des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge, sowie Programme zur Förderung des Selbstmanagements bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz nachweisen. Die hohen signifikanten Unterschiede in den Outcomes zwischen der Studien- und der Kontrollgruppe führen zu dem Schluss, dass ein Vorenthalten von Selbstmanagementprogrammen in der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz nicht mehr vertretbar ist. Zumal sich die positiven Auswirkungen sowohl bei den Patienten selbst, als auch aus sozioökonomischer Sicht für die Gesamtbevölkerung und die Kosten im Gesundheitssystem zeigen. Daneben gibt die Studie von Chen et al. Anlass zur weiteren Evaluation des Wissens der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz bezüglich ihrer Erkrankung und der Behandlung. Vor allem den geringen Kenntnissen hinsichtlich der Ernährungsvorschriften und der medikamentösen Therapie, die auch die Kenntnisse zu nephrotoxischen Medikamenten umfasste, muss entgegengewirkt werden, um den Progress der chronischen Niereninsuffizienz reduzieren zu können. Obgleich Patienten bereits durch Nephrologen und Pflegekräfte diesbezüglich aufgeklärt werden, scheint diese Aufklärung allein nicht ausreichend zu sein, um gefestigte und anwendbare Kenntnisse bei den Patienten zu generieren. Hier bedarf es weiterer Grundlagenstudien, welche die Ursachen

dieser Wissensdefizite analysieren und darauf aufbauend entsprechende Selbstmanagement- und Schulungsprogramme für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz entwickeln.

Welch et al. untersuchten 2015 im Rahmen eines integrativen Reviews die Auswirkungen verschiedener Interventionen zur Selbstmanagementförderung bei chronisch nierenkranken Patienten im Stadium I bis IV. Hierbei ging es vor allem darum, die unterschiedlichen Ergebnisse einzelner Studien zu dieser Thematik zu analysieren, um entsprechende Handlungsmodalitäten für diese Patientengruppe ableiten zu können. (Vgl. Welch et al., 2015, S.653f.) Insbesondere, da die chronische Niereninsuffizienz mit einer hohen Mortalität und Morbidität, sowie mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden ist und die Inzidenz, sowie das Lebenszeitrisiko dieser Erkrankung in den USA zunehmen. (Vgl. Welch et al., 2015, S.652f.) Nach Definition entsprechender Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt sieben Studien in das Review aufgenommen. Selbstmanagement wurde von den Forschern dabei in Anlehnung an Lorig und Holmann als Prozess beschrieben, in welchem Patienten mit chronischen Erkrankungen ihre Tagesaktivitäten an die Erkrankung anpassen. (Vgl. Welch et al., 2015, S.653) Des Weiteren galten die englische Sprache, ein Alter der Studienteilnehmer über 18 Jahren, das Vorliegen einer chronischen Niereninsuffizienz im Stadium I bis IV, die Durchführung von Tests der Selbstmanagementinterventionen und ein experimentelles beziehungsweise halbexperimentelles Studiendesign als Einschlusskriterien. (Vgl. Welch et al., 2015, S.654) Die analysierten Studien unterstrichen mehrheitlich, dass Selbstmanagement ein Schlüsselement in der Verlangsamung des Krankheitsprogresses darstellt und sich signifikant auf die Einnahme von Medikamenten, die Vermeidung nephrotoxischer Medikamente, die Einhaltung von Diätvorschriften, die Durchführung adäquater Sportübungen, die regelmäßige Kontrolle von Blutzucker und Blutdruck und die Einhaltung der Nikotinkarenz auswirken. (Vgl. Welch et al., 2015, S.653) Zudem konnten die Forscher nachweisen, dass nicht alle Aspekte des Selbstmanagements denselben Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben. Vor allem die Elemente Problemlösung, Handlungsplanung und Arzt-Patienten-Beziehungen konnten als elementare Einflussfaktoren auf den Behandlungsverlauf ausfindig gemacht und als

Selbstmanagement-Skills definiert werden. (Vgl. Welch et al., 2015, S.656) Trotz der ausgeprägten Unterschiede zwischen den analysierten Studien, welche die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien erschwerte, zeigte sich, dass Interventionsprogramme zur Förderung des Selbstmanagements bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zwar angeboten, oftmals jedoch nur unzureichend durchgeführt werden, so dass sie das Selbstmanagement der Patienten nicht ausreichend verbessern und fördern konnten. (Vgl. Welch et al., 2015, S.668) Probleme fanden sich vor allem in einer unzureichenden Anleitung der Patienten und einer unzureichenden Vermittlung der praktischen Umsetzung der einzelnen Behandlungsaspekte, die der Patient selbst beeinflussen kann. (Vgl. Welch et al. 2015, S.669f.)

Die Forschergruppe um Wong et al. untersuchte 2010 vor dem Hintergrund von Programmen chronisch nierenkranker Patienten Disease-Managementprogramme, die vom Pflegepersonal geführt werden. Grundlage dieser Studie bildete die Frage, wie die Patienten in ihrer aktiven Rolle im Krankheitsverlauf gestärkt werden können, da die dauerhafte Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz ohne die aktive Mitarbeit der Patienten nicht effizient durchgeführt werden kann. (Vgl. Wong et al., 2010, S.269) Dies wird umso wichtiger, wenn man die ohnehin hohe Rate der chronisch-niereninsuffizienten Patienten in den USA mit deren Hospitalisierungsrate korreliert, welche zu einer durchschnittlichen Anzahl von Krankenhausaufhalten zwischen 1,8 und sieben Aufenthalten pro Jahr führt. (Vgl. Wong et al., 2010, S.269) Dafür entwickelten die Forscher ein Disease-Managementprogramm, welches auf die Schlüsselfaktoren abzielt, die sich in zahlreichen Studien in der Behandlung chronisch kranker Patienten im Allgemeinen und chronisch niereninsuffizienter Patienten im Speziellen als effizient erwiesen haben. Dabei wird das als 4-Cs-Modell bezeichnete Disease-Managementprogramm von einer examinierten Pflegekraft als Case-Manager geleitet, die Bestandteil des multidisziplinären Behandlungsteams des Patienten ist. (Vgl. Wong et al., 2010, S.269) Die Studie von Wong und Kollegen wurde als randomisierte, kontrollierte Studie angelegt, in welcher 94 Patienten aus den beiden Nierenzentren in Hong-Kong aufgenommen wurden. Ausgeschlossen wurden dabei Patienten, welche eine Peritoneal- oder Hämodialyse erhielten oder im Pflegeheim betreut wurden. Das Outcome des Programms wurde anhand der

Parameter nicht-Adhärenz, Lebensqualität, Zufriedenheit, Auftreten von Symptomen und Komplikationen, sowie der Hospitalisierungsrate gemessen, wobei die ersten drei Parameter mittels entsprechender Assessments erfasst wurden. Mit 53,1% war die Mehrzahl der Patienten männlich. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 62,4 Jahren. (Vgl. Wong et al., 2010, S.272f.) Es zeigte sich, dass sowohl die Parameter nicht-Adhärenz, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, als auch die klinischen Parameter Symptominzidenz und Hospitalisierung von dem Disease-Managementprogramm positiv beeinflusst wurden. (Vgl. Wong et al., 2010, S.276) Jedoch wurde deutlich, dass chronisch niereninsuffiziente Patienten innerhalb ihres Selbstmanagements und ihrer aktiven Rolle im Behandlungsprozess Anleitung, Schulung und Coaching bedürfen, was zumeist zu wenig Beachtung findet. Ohne diese Unterstützung seitens des Behandler-Teams, beispielsweise wie in dem hier vorgestellten Disease-Managementprogramm, sinken das Selbstmanagement und die Mitarbeit der Patienten aufgrund einer Unzufriedenheit, die aus dem Mangel an Fertigkeiten und Wissen resultiert. Insofern stellen derartige Programme, die auf eine Anleitung und ein Coaching der Patienten abzielen, ein effizientes Mittel dar, um das Selbstmanagement langfristig und konstant zu fördern und aufrecht zu erhalten. (Vgl. Wong et al., 2010, S.276)

Ein spezielles Projekt zur Förderung des Selbstmanagements bei chronisch nierenkranken Patienten im Endstadium und damit zu Beginn der Dialysebehandlung untersuchten Lingerfelt und Thornton 2011. Vor dem Hintergrund der Wichtigkeit einer effizienten Mitarbeit des Patienten im Lauf seiner Behandlung, die zu einer signifikanten Senkung der Mortalität führt, haben Lingerfelt und Thornton ein Selbstmanagementprogramm entwickelt und an 26 Patienten getestet. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.484) Dieses Schulungsprogramm sah eine 30minütige und zweimalwöchentliche Schulung über einen Zeitraum von vier Wochen für Patienten vor, bei denen gerade mit der Dialysebehandlung begonnen wurde. Gleichzeitig erhielten diese Patienten ein Handbuch zum Selbststudium und zur Vorbereitung auf die einzelnen Schulungseinheiten. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.484) Um die Effektivität dieses Schulungsprogramms zu evaluieren, wurden das Wissen und das Verständnis der betroffenen Patienten vor und nach der Schulung mit Hilfe eines

Fragebogens bestimmt. Das Durchschnittsalter der Patienten, die an der Studie teilnahmen, lag bei 63,5 Jahren. Die Studienpopulation zeigte mit 46% Frauen und 54% Männern ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.485) Von den Patienten war mit 96% die Mehrzahl berufsunfähig oder berentet. 81% der Patienten hatten mindestens einen abgeschlossenen Highschoolabschluss. Ethnisch waren die Studienteilnehmer afroamerikanischer oder kaukasischer Abstammung. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.485) Diese Kriterien müssen in der Bewertung der Studie beachtet werden, da Geschlecht und ethnische Abstammung einen signifikanten Einfluss auf die Adhärenz und Compliance der Patienten mit chronischen Erkrankungen bezüglich ihres Selbstmanagement haben. In den Ergebnissen zeigte sich, dass ein spezielles, in sich geschlossenes Schulungsprogramm das Selbstmanagement und das Krankheitswissen von Patienten zu Beginn der Dialyse signifikant verbessern kann. Lag der durchschnittliche Score in der Fragebogenerhebung vor der Schulung bei 15,27, so lag er nach dem Schulungsprogramm bei 20,65. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.486) Zudem stellte sich heraus, dass die Patienten in diesem Stadium der Erkrankung mit den komplexen Erklärungen der behandelnden Nephrologen zumeist überfordert sind, zumal hier auch selten ein ausreichender Raum für Fragen und klärende Gespräche gegeben ist. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.486) Die Einschränkung dieser Studie liegt darin, dass sie weder den Langzeitverlauf noch klinische Parameter der Patienten untersucht hat und man von einem guten Abschneiden im Fragebogen nicht direkt auf ein gutes Selbstmanagement und eine gute Adhärenz schließen kann. Hierfür würde es weiterführende Studien benötigen, die anhand klinischer Parameter wie den Laborparametern, dem Gefäßstatus, dem Gewicht und der Mortalität validieren, wie hoch das Selbstmanagement und das Einhalten der Behandlungsvorschriften seitens der Patienten ist. Trotz allem sind Schulungen zur Implementierung, Förderung und Stärkung des Selbstmanagements auf dem Boden einer effizienten Vermittlung von Wissen über die Krankheit, dessen Verlauf und Komplikationen unabdingbar und sollten auch langjährigen niereninsuffizienten Patienten, bei denen mit der Dialysebehandlung begonnen wird, zur Verfügung gestellt werden. (Vgl. Lingerfelt, Thornton, 2011, S.487f.)

Eine ähnliche Untersuchung konzipierten 2012 Choi und Lee, wobei es hier nicht um Patienten vor dem Eintritt in die Dialysebehandlung, sondern um Patienten vor einer Nierentransplantation ging. An insgesamt 61 Patienten wurden ein sogenanntes Face-to-Face-Programm und dessen Auswirkungen auf das Krankheitswissen, die praktische Umsetzung des Selbstmanagements beziehungsweise der Selbstfürsorge und die Nierenfunktion getestet. (Vgl. Choi, Lee, 2012, S.1071f.) Die teilnehmenden Patienten wurden dabei in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe unterteilt. Die Outcomes wurden anhand der Knowledge of chronic kidney disease scale, der Self-care practice scale for CKD patients und den Laborparametern Kreatinin, Elektrolyte, Calcium, Phosphat, GFR und Hämoglobin bestimmt. Das Schulungsprogramm umfasste fünf Abschnitte und wurde vom Pflegepersonal durchgeführt. Nach einem dreiwöchigen Vorprogramm erhielten die Patienten den Face-to-Face-Unterricht. Daran schlossen sich eine einwöchige Selbsterprobung, eine Wiederholungszeit und eine erneute vierwöchige praktische Selbsterprobung an. (Vgl. Choi, Lee, 2012, S.1071) Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 53,93 Jahren in der Interventionsgruppe und bei 58,33 Jahren in der Kontrollgruppe. Hinsichtlich des Geschlechts, waren in beiden Gruppen mehr Männer (67,7% beziehungsweise 70,0%) als Frauen vertreten. (Vgl. Choi, Lee, 2012, S.1075) Die Mehrzahl der Patienten verfügte über einen hohen Bildungsgrad. Während in der Kontrollgruppe nur 20% der Patienten bereits Erfahrungen mit Schulungsprogrammen hatten, hatten in der Interventionsgruppe bereits 41,9% der Patienten Erfahrungen mit ähnlichen Schulungsprogrammen gemacht. Vor diesem Hintergrund müssen auch die Ergebnisse der Studie bewertet werden, da von diesen nicht direkt auf den Einfluss von Schulungsprogrammen auf Patienten ohne Vorkenntnisse geschlossen werden kann. Auf der anderen Seite muss die Frage diskutiert werden, warum 58,1% der Patienten in diesem weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zuvor keinerlei Schulungsprogramme erfahren haben. Insgesamt wiesen die Patienten der Interventionsgruppe ein signifikant besseres Krankheitswissen nach Durchführung des Schulungsprogramms auf. Hinsichtlich der klinischen Laborparameter hatte das Schulungsprogramm keinen signifikanten Einfluss auf die einzelnen Parameter. (Vgl. Choi, Lee, 2012, S.1075f.)

Während sich die vorab dargestellten Studien mit den Auswirkungen von Selbstmanagementprogrammen bei chronisch nierenkranken Patienten in weit fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung befassten, untersuchten Lin et al. 2013 die Effekte eines Selbstmanagementprogramms bei Patienten im Frühstadium der chronischen Niereninsuffizienz. Ausgangspunkt der Studie war die unzureichende Datenlage bezüglich der Untersuchung spezifischer Selbstmanagementprogramme bei Patienten im Frühstadium der Erkrankung. (Vgl. Lin et al., 2013, S.155) In einer longitudinalen Studie wurden insgesamt 37 Patienten untersucht. (Vgl. Lin et al., 2013, S.152) Dabei mussten die Patienten entsprechende Einschlusskriterien erfüllen, zu denen ein Alter über 18 Jahre, das Fehlen visueller Störungen, die Beherrschung der Sprachen Taiwanesisch und Mandarin, die Zustimmung zur Studienteilnahme und das Vorliegen einer chronischen Niereninsuffizienz im Stadium 1 bis 3a von mindestens sechs Monaten gehörten. (Vgl. Lin et al., 2013, S.152) Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 67,4 Jahren mit einem Überhang des männlichen Geschlechts bei 66,7%. (Vgl. Lin et al., 2013, S.153) Mit 81,8% hatte die Mehrzahl der Patienten die Junior Highschool abgeschlossen. Zur Bestimmung des Selbstmanagements wurden neben klinischen Laborparametern Serumkreatinin und GFR die Assessments Administration of the CKD Self-Efficacy Instrument (CKD-SE) mit 25 Items und das CKD-Self-Management Instrument (CKD-SM) mit 29 Items genutzt. (Vgl. Lin et al., 2013, S.152) Nach einem Vortest erhielten die Patienten ein fünfwöchiges Selbstmanagementprogramm, dem sich drei Nachtests anschlossen. Die Forscher konnten zwar einen positiven Trend des Schulungsprogramms im Langzeit-Follow-up auf das Selbstmanagement der Patienten, jedoch keinen signifikanten Einfluss nachweisen. Demgegenüber zeigte sich allerdings eine signifikante Verbesserung der Selbstfürsorge der Patienten und der klinischen Parameter. Hier kam es zu einer signifikanten Reduktion der Serumkreatininlevel und einer Verlangsamung der Progression, was als indirekte Parameter eines effektiven und suffizienten Selbstmanagements gewertet werden kann. (Vgl. Lin et al., 2013, S.154f.) Insofern kann der nicht nachweisbare signifikante Einfluss des Schulungsprogramms auf das Selbstmanagement der Patienten im Frühstadium der Erkrankungen durch den indirekten Nachweis mittels der klinischen Parameter ausgeglichen werden. Letztlich kann von einem

positiven Langzeiterfolg von Selbstmanagementprogrammen im Frühstadium der Erkrankung ausgegangen werden. Ob es tatsächlich keinen signifikanten Einfluss gibt, sollte in Studien mit größeren Studienpopulationen nochmals untersucht werden.

Einen besonderen Schwerpunkt legte 2013 die Forschergruppe um Walker et al., die die Förderung und Verbesserung des Selbstmanagements bei chronisch nierenkranken Patienten untersuchte, deren Erkrankung mit einer Diabeteserkrankung assoziiert war. Ziel der Studie war es, mit Hilfe von Interventionsprogrammen, die vom Pflegepersonal geleitet wurden und im hausärztlichen Setting stattfanden, das Selbstmanagement der Patienten soweit zu stärken, dass die Progression der Risikofaktoren und die Progression kardiovaskulärer Erkrankungen minimiert werden konnte. (Vgl. Walker et al., 2013, S.117) Die 52 Patienten dieser in Neuseeland durchgeführten Studie wurden in einem Zeitraum von zwölf Monaten betreut und evaluiert. Zu den Einschlusskriterien gehörten ein hohes Risiko der Progression der chronischen Niereninsuffizienz, ein Patientenalter von über 18 Jahren, das Vorliegen eines Diabetes Mellitus Typ 2, einer Hypertonie und einer Albuminurie. Die Interventionen, welche die eingeschlossenen Patienten erhielten, bestanden aus einem initialen und weiteren vierzehntägigen Assessments zur Evaluierung, aus Schulungsprogrammen und einem individuell für den jeweiligen Patienten entwickelten Managementplan. (Vgl. Walker et al., 2013, S.117) Zudem erhielten alle Patienten ein Selbstmanagementhandbuch. Das Selbstmanagement der Patienten wurde initial, nach drei und nach zwölf Monaten mit Hilfe eines Assessments bestimmt, welches durch eine 9-Punkt-Likert-Skala dreizehn Selbstmanagementbereiche abfragt. (Vgl. Walker et al., 2013, S.118) Auch diese Studie konnte die hohe Wirksamkeit entsprechender Selbstmanagementprogramme für chronisch niereninsuffiziente Patienten nachweisen. (Vgl. Walker et al., 2013, S.118f.) Neben der allgemeinen Förderung des Selbstmanagements der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz fördern derartige Programme, die bereits im hausärztlichen Setting ansetzen und alle Behandler einbeziehen, durch das Fokussieren auf spezielle Krankheitsaspekte das Selbstmanagement hinsichtlich spezifischer Bereiche innerhalb des Behandlungs- und Krankheitsprozesses. Dadurch können, je nach Fokussierung,

die Progression der Niereninsuffizienz, aber auch die Progression der Grunderkrankung verlangsamt werden. (Vgl. Walker et al., 2013, S.119) Damit konnten die Forscher nachweisen, dass auch multimorbide Patienten mit einem raschen Progress und einer hohen Komplikationsrate von Interventionsprogrammen profitieren, sofern sie innerhalb dieser Programme gezielt durch Pflegekräfte und Behandler gestützt und gefördert werden. Dabei kann gerade die Fokussierung auf Schnittstellenaspekte wie die Ernährung innerhalb der Selbstmanagementförderung alle vorliegenden Erkrankungen positiv beeinflussen.

Dass insbesondere der Aspekt Ernährung in den Fokus des Selbstmanagements und der Selbstmanagementförderung bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz gerückt werden muss, wiesen Karavetian und Ghaddar in ihrer Studie aus dem Jahr 2012 nach. Hintergrund dieser Studie war die starke Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs bei Dialysepatienten von deren Ernährungsgewohnheiten. Hierbei untersuchten die Forscher in einer randomisiert-kontrollierten Studie an 122 Patienten des Hämodialysecenters Sidon im Libanon die Auswirkungen der Förderung des Selbstmanagements bezüglich der Ernährung. (Vgl. Karavetian, Ghaddar, 2012, S.20) Zu den Einschlusskriterien gehörte neben dem Patientenalter und dem Vorliegen einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz auch der stabile Zustand der Patienten und ihrer Erkrankung. Mit 51,5% war die Mehrzahl der Patienten weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 58 Jahren bei den Männern und bei 56 Jahren bei den Frauen. Die durchschnittliche Dialysedauer betrug 5,07 Jahre. (Vgl. Karavetian, Ghaddar, 2012, S.21) Von den eingeschlossenen 122 Patienten schlossen jedoch nur 87 Patienten die Studie ab. (Vgl. Karavetian, Ghaddar, 2012, S.21) Die Patienten wurden in drei Gruppen unterteilt. Davon erhielten die Patienten der Gruppe A eine wöchentliche, 20 Minuten dauernde Ernährungsschulung über acht Wochen und die Patienten der Gruppe B eine Teilschulung in Form eines PC-Lernprogramms. Die Patienten der Gruppe C bildeten die Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass eine Ernährungsschulung im Rahmen der Selbstmanagementförderung den Krankheitsverlauf und die Stabilität der Erkrankung signifikant positiv beeinflussen kann. (Vgl. Karavetian, Ghaddar, 2012, S.24f.) Dies wird umso wichtiger, als die Forscher herausstellen konnten, dass

auch ein achtwöchiges Schulungsprogramm sich nachhaltig positiv auf die Ernährung der Patienten auswirkt, was gerade in Regionen, in welchen es keine oder nur wenige ausgebildete Diät- und Ernährungsassistenten für chronisch nierenkranke Patienten gibt, einen deutlichen Vorteil mit sich bringt.

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Betrachtet man die Belastungsfaktoren, die auf einen chronisch nierenkranken Patienten einwirken und welche den allgemeinen Belastungen im Rahmen chronischer Erkrankungen entsprechen, zu denen beispielsweise körperliche Einschränkungen, der Verlust des sozialen und gesellschaftlichen Status, die Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem und das gestörte emotionale Selbstbild des Patienten gehören, wird deutlich, mit welchen innerpsychischen und extern-gesellschaftlichen und extern-medizinischen Anforderungen diese Patienten konfrontiert werden. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.33) Hinzu kommt, dass es sich bei der chronischen Niereninsuffizienz um eine Erkrankung handelt, deren Progression sich auch unter Einhaltung aller Ernährungs- und Verhaltensvorschriften rasch ändern kann. Darüber hinaus geht diese Erkrankung trotz eines hohen medizinischen Versorgungsstandards mit einer signifikant verkürzten Lebenszeit einher. Vor allem Patienten, die früh einer Dialysebehandlung bedürfen, haben eine deutlich kürzere Lebenserwartung. Des Weiteren wird bei chronisch niereninsuffizienten Patienten die Lebensqualität maßgeblich durch die Notwendigkeit einer Dialysebehandlung eingeschränkt. Insofern stellt der Beginn der Dialysebehandlung bei diesen Patienten einen massiven Einschnitt in das Selbstkonzept dar, wo sich neue Anforderungen an die Krankheitsbewältigung stellen.

Umso wichtiger ist es, die Patienten in diesem Prozess zu begleiten. Im Vergleich der im Rahmen dieser Arbeit analysierten Studien stellte sich heraus, dass es nicht den einen Goldstandard für die Begleitung dieser Patientengruppe gibt. Jedoch ließen die Studien keinen Zweifel daran, dass vor allem die Entwicklung und Förderung des Selbstmanagements der Patienten einen signifikant positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt. Dabei werden sowohl die klinischen Parameter wie Nierenfunktion, Laborparameter, Symptominzidenz und Hospitalisierungsrate, als auch die patientenspezifischen Parameter wie Lebensqualität, Zufriedenheit und Adhärenz beeinflusst. Insofern erreichen Konzepte, welche auf das Selbstmanagement der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz abzielen, den Patienten in seiner Gesamtheit. Interessanterweise zeigt die hier vorliegende Arbeit, dass derartige Programme zur Förderung des Selbstmanagements von Patienten mit chronischer

Niereninsuffizienz bei allen Patienten, unabhängig von ihren Wohnorten zu einem Benefit führen. Obgleich die Krankheitsbewältigung und die Fähigkeit zum Selbstmanagement individuellen und kulturellen Faktoren unterworfen sind, können auch Selbstmanagementprogramme zu einem positiven Ergebnis führen, welche die individuellen Faktoren nicht spezifisch berücksichtigen. (Vgl. Wolf-Kühn, Morfeld, 2016, S.31ff.) Mutmaßlich dafür verantwortlich scheinen die Parameter dieser Erkrankung zu sein, die bei allen Patienten weltweit anzutreffen sind und welche sich vor allem in den klinischen Komponenten wiederfinden. Hierzu gehören die Meidung schädlicher Substanzen und Medikamente, die Einhaltung der nierenspezifischen Ernährungsvorschriften, die Durchführung regelmäßiger Kontrollen der Parameter Blutdruck und Blutzucker, die Einhaltung der Medikationsvorschriften und der Behandlungstermine, sowie die regelmäßige körperliche Betätigung. Diese Faktoren können durch Selbstmanagementprogramme gleich welcher Art positiv beeinflusst werden. Damit besteht für alle Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz die Möglichkeit, aktiv den eigenen Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Gleichzeitig, und das wiesen die analysierten Studien ebenfalls nach, bedarf es keiner komplexen und teuren Programme, um das Selbstmanagement der Patienten zu fördern. Vor allem der sich zeigende hohe Stellenwert der Schulung und Aufklärung der Patienten, für welche sich die Behandler Zeit nehmen und welche nicht nur in einem Einzelgespräch am Behandlungsbeginn stattfinden sollten, schafft eine Basis, um gleichzeitig kosteneffizient und verlaufswirksam arbeiten zu können. Insofern können auch in Regionen, in denen entweder die Versorgungsstruktur für chronisch nierenkranke Patienten oder das Aufkommen entsprechend geschulter Behandler geringer sind, der Krankheitsverlauf optimiert und die sozioökonomischen Kosten minimiert werden können.

Ein weiteres Ergebnis der hier vorliegenden Untersuchung besteht in dem Nachweis, dass Programme und Schulungskonzepte, die vor dem Hintergrund der Selbstmanagementförderung der Patienten vor allem das Wissen über die Erkrankung, die Behandlung, den Verlauf und die Notwendigkeit der Einhaltung der spezifischen Behandlungsvorschriften verbessern, sich nachhaltig auf die Progression der Erkrankung auswirken. Hierbei konnte nachgewiesen werden, dass derartige Schulungen in allen Stadien der Erkrankungen zu einem Benefit

führen. Folglich scheint es ratsam, Patienten über die Dauer des gesamten Krankheitsverlaufes kontinuierlich in derartige Schulungsprogramme einzubeziehen. Steht zu Beginn der Diagnose und dem Eintritt in die Behandlung vor allem die Schulung zu allgemeinen Krankheitsaspekten im Vordergrund, mit deren Hilfe der Patient in der Lage ist, die Schwere und die Chronizität seiner Erkrankung zu erkennen, kann im weiteren Krankheitsverlauf auf stadienspezifische Krankheitsaspekte und Besonderheiten eingegangen werden. Vor allem die sich bei den Patienten in den hier aufgeführten Studien zeigende Unwissenheit gegenüber der Schwere der Erkrankung, die auch bei Patienten besteht, welche bereits eine Dialysebehandlung benötigen, muss Anlass geben, um über die bisherigen Schulungskonzepte nachzudenken. Insbesondere da die Hausärzte, welche neben den nephrologischen Zentren die Primärbehandlung der Patienten übernehmen, nicht über ein ausreichendes Zeitkontingent verfügen, um die Patienten wiederholt und umfassend über ihre Erkrankung zu informieren.

Unabhängig der positiven Auswirkungen auf den einzelnen Patienten führen die verschiedenen Programme zur Selbstmanagementförderung bei chronisch niereninsuffizienten Patienten auch zu dem indirekten Effekt der Verbesserung der gesamtgesellschaftlichen Problematik, die durch die chronische Niereninsuffizienz verursacht wird. Hier zählen vor allem die hohen sozioökonomischen Kosten, die durch eine höhere Hospitalisierungsrate von bis zu sieben stationären Aufenthalten im Jahr und durch die mit hohen Kosten assoziierte Multimorbidität dieser Patienten bestimmt sind. Dabei fallen vor allem in Ländern mit hohem medizinischem Versorgungsstandard wie den USA oder Deutschland immense Kosten an. Eine effiziente Förderung des Selbstmanagements der Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz kann hier durch die Verlangsamung des Krankheitsprozesses, die Minimierung von Folgeerkrankungen, die positive Beeinflussung der Grunderkrankungen wie zum Beispiel des Diabetes Mellitus und die Verzögerung des Eintritts in die Dialysebehandlung zu einer deutlichen Kostensenkung im Gesundheitssystem führen.

Letztlich kann aus den Ergebnissen der Studien geschlossen werden, dass der Krankheitsverlauf der chronischen Niereninsuffizienz unabhängig des jeweiligen Stadiums durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird, die nur durch eine effiziente Verzahnung und Zusammenarbeit aller im Behandlungsteam vertretenen

Personen und eine optimal gestaltete Beziehung zwischen Behandlern und Patient maßgeblich beeinflusst werden können.

5 Zusammenfassung und Fazit

Das Selbstmanagement bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz ist in allen Krankheitsstadien zahlreichen Einflussfaktoren unterworfen. Dabei hat das Selbstmanagement der Patienten einen signifikanten Einfluss auf den Krankheitsverlauf und den Progress der Erkrankung. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, das Selbstmanagement dieser Patientengruppe zu fördern. Hierfür stehen mittlerweile verschiedene und effiziente Programme zur Verfügung, wobei die Anwendung der einzelnen Programme von Faktoren abhängig ist, die vom Patienten selbst, als auch von den regionalen Versorgungsstrukturen kommen.

Ausgehend von den hier analysierten Studien kann keinem der untersuchten Selbstmanagementprogramme der Vorzug gegeben werden. Insofern gibt es aktuell auch keinen Goldstandard in der Förderung des Selbstmanagements von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Es lassen sich jedoch Parameter ableiten, die bei der Auswahl eines geeigneten Selbstmanagementprogramms helfen können. Zu diesen Parametern gehören unter anderem die Evaluation der Fertigkeiten und des Wissens des Patienten, die Analyse der Versorgungsstrukturen, die Erfassung der individuellen Patientenbedürfnisse und die Evaluierung der kritischen patientenindividuellen Bereiche wie beispielsweise ein unzureichendes Einhalten der Medikation oder eine drohende Dialysepflichtigkeit. Werden diese Parameter berücksichtigt, können auch mit minimalem Aufwand das Selbstmanagement der Patienten gefördert und der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden.

Inwieweit spezifische Selbstmanagementprogramme in den einzelnen nephrologischen Zentren zur Anwendung kommen sollten, obliegt den jeweiligen Zentren. Hier muss mit Hilfe von Studien geklärt werden, welche Konzepte sich unter Berücksichtigung der Ressourcen der nephrologischen Zentren und der Bedürfnisse der Patienten umsetzen lassen.

Es steht jedoch außer Frage, dass alle Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz unabhängig des Krankheitsstadiums eine Förderung ihres Selbstmanagements erfahren sollten. Da dies auch mit, wie in den Studien beschrieben, minimalem Aufwand möglich ist, kann eine Ablehnung derartiger

Konzepte zur Selbstmanagementförderung unter dem Vorwand der
Kostenexplosion nicht toleriert werden.

Literaturverzeichnis

Beise, U. et al., 2013, Gesundheits- und Krankheitslehre – Krankheiten der Nieren, der ableitenden Harnwege und der Geschlechtsorgane, Berlin

Bengel, J. et al., 2001, Was erhält Menschen gesund?,
http://www2.gutdrauf.net/fileadmin/user_upload/Startseite/Materialien/K-undJugendgesundheit/Was_erhaelt_Menschen_gesund_2001.pdf, Zugriff:
06.11.15

Breuch, G., 2008, Fachpflege Nephrologie und Dialyse, München

Bonner, A. et al., 2014, Self-management programs in stage 1-4 chronic kidney disease: a literature review, Journal of Renal Care

Bundesärztekammer et al., 2015, Nierenerkrankung bei Diabetes im Erwachsenenalter, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-001dl_S3_Nierenerkrankungen_bei_Diabetes_Erwachsene_2015-09.pdf, Zugriff:
06.11.15

Chen, S.H. et al., 2011, The impact of self-management support on the progression of chronic kidney-disease – a prospective randomized controlled trial, Nephrol Dial Transplant

Coi, E.S.; Lee, J., 2012, Effects of a Face-to-face Self-management Program on Knowledge, Self-Care Practice and Kidney Function in Patients with Chronic kidney disease before the Renal Replacement Therapie, J Korean Acad Nurs

Costantini, L. et al., 2008, The Self-Management Experience Of People with Mild to Moderate Chronic Kidney Disease, Nephrology Nursing Journal

Enworom, C.D.; Tabi, M., 2015, Evaluation of Kidney Disease Educaion on Clincial Outcomes and Knowledge of Self-Management Behaviors of Patients with Chronic Kidney Disease, Nephrology Nursing Journal

GBE-Bund, 1998, Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=939, Zugriff: 06.11.15

GBE-Bund, 2013, Gesundheitsberichterstattung, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=62647388&nummer=878&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=17929751, Zugriff:15.11.15

Haslbeck, J., 2007, Selbstmanagementförderung – Handlungsfeld professioneller Pflege,
http://www.researchgate.net/profile/Joerg_Haslbeck/publication/237051956_Selbstmanagementfrderung_bei_chronischer_Krankheit__Handlungsfeld_professioneller_Pflege/links/0deec51b0df8b36a8f000000.pdf, Zugriff: 05.11.15

Jagla, M. et al., 2009, Krankheitsverarbeitung chronisch Nierenkranker vor und nach Nierentransplantation – Einsatz des Essener Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung,
https://www.researchgate.net/publication/234841658_Krankheitsverarbeitung_chronisch_Nierenkranker_vor_und_nach_Nierentransplantation_-_Einsatz_des_Essener_Fragebogens_zur_Krankheitsverarbeitung, Zugriff: 28.12.15

Karavetian, M.; Ghaddar, S., 2012, Nutritional education for the management of osteodystrophy (NEMO) in patients on haemodialysis: a randomised controlled trial, Journal of Renal Care

Klug Redman, B., 2008, Selbstmanagement chronisch Kranker, Bern

Lin, C.C. et al., 2013, Effects of a self-management program on patients with early-stage chronic kidney disease: A pilot study, Applied Nursing Research

Lingerfelt, K.L.; Thornton, K., 2011, An educational Project for Patients On Hemodialysis to Promote Self-Management Behaviors of End Stage Renal Disease, Nephrology Nursing Journal

London, F., 2010, Informieren, Schulen, Beraten, Bern

Mann, H., 2002, Therapie der chronischen Niereninsuffizienz, Bremen

Reimer, J. et al., 2002, Die Lebensqualität von Patienten vor und nach Nierentransplantation,

http://www.researchgate.net/profile/Gabriele_Franke/publication/11553047_Quality_of_life_in_patients_before_and_after_kidney_transplantation/links/0fcfd510241e842c9b000000.pdf, Zugriff: 05.11.15

Richard, C.J., 2006, Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis, Nephrology Nursing Journal

Riegel, W.; Schnülle, P, 2011, Dialysetherapie und Nierentransplantation, Stuttgart

Robert-Koch-Institut , 2014, Chronische Erkrankungen,

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/chronische_erkrankungen_tab.html, Zugriff: 07.10.15

Schaeffer, D., 2006, Bewältigung chronischer Erkrankung -

Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege,

http://www.researchgate.net/profile/Doris_Schaeffer/publication/6989379_Managing_chronic_illness_implications_for_the_health_care_system/links/547466910cf245eb436ddad1.pdf, Zugriff: 05.11.15

Schewior-Popp, S. et al., 2009, Thiemes Pflege – Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, Stuttgart

Wagner, M., 2009, Kohärenzgefühl, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität bei Dialysepatienten in der Steiermark und daraus resultierende künftige Herausforderungen an die Pflege und Versorgung, http://w.inter-uni.com/static/download/publication/psychosozial/SZ_2009_Wagner_SOC_%20Dialysepatienten_%20in_der_Steiermark.pdf, Zugriff: 05.11.15

Walker, R.C et al., 2013, Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study, Renal Society of Australasia Journal

Weiderer, M., 1997, Die Angst vor dem Unbekannten, http://epub.uni-regensburg.de/3070/1/Angst_vor_dem_Unbekannten.pdf, Zugriff: 05.11.15

Welch, J.L et al., 2015, Self-Management Interventions in Stages 1 to 4 Chronic Kidney Disease: An Integrate Review, Western Journal of Nursing Research

Wolf-Kühn, N.; Morfeld, M., 2016, Rehabilitationspsychologie, Wiesbaden

Wong, F.K.Y et al., 2010, Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial, International Journal of Nursing Studies

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder im Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift