

01.06.2014 Fachübergreifend

Safety Clip: Mangelernährung – Schaden- und Risikoprävention mit berufsgruppenübergreifenden Screening-Verfahren

S. Federhen



S. Federhen

Mangelernährung tritt bei der Behandlung komplex kranker Patienten häufig auf und ist daher ein relevantes Phänomen, das massive Auswirkungen auf den Heilerfolg hat. Etwa 30 % aller behandelten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern sind unterernährt. Ein großer Teil dieser Menschen wird bereits unterernährt aufgenommen. Im Verlaufe der Behandlung verstärkt sich das Problem dann weiter. [1]

Bei der Auswertung von Schadenfällen aus Krankenhäusern springt direkt ins Auge, dass der Anteil der Anspruchsstellungen aufgrund von Diagnose- und Therapiefehlern sowie aufgrund von Zeitverzögerungen besonders hoch ist.

In einem repräsentativen Sample aus den Jahren 2006 bis 2010 wird deutlich, dass – bezogen auf Personenschäden mit einem Schadenaufwand > 2000 € – bei ca. 35 % der Anspruchsstellungen die Ursachen in den Bereichen „Nicht- oder zu spät eingeleitete Therapie“, „falsche Therapiewahl“ oder „falsch durchgeführte Therapie“ liegen. „Befunderhebungs- oder Diagnosefehler“ machen ca. 15 % der Vorwürfe aus. Auch die Anspruchsstellungen zum Thema Mangelernährung fallen unter diese Begriffe. [2]

Widmet man sich den Einzelfällen in einer systemischen Analyse, so können verschiedene beitragenden Faktoren festgestellt werden. In den Kommunikationsstrukturen nicht festgelegt oder gar nicht vorhanden. Mitunter werden auch vorliegende Inzidenzen durch die mangelhafte Organisation der Zusammenarbeit aller Beteiligten verursacht. [3]

Betrachten wir die Rahmenbedingungen, zeigt sich im stationären Verweildauer, die ihren Ursprung im pauschalen Ansatz einer stationären Behandlung noch durchschnittlich 7,5 % gesenkt. Dies bedeutet, dem Faktor Zeit wird man durch die insgesamt gestiegene Fallzahl die „Taktfrequenz“ der immer kürzer werdenden Zeit auch die Fehleranfälligkeit.

Was bedeutet das für die Praxis? Was wird verfolgt?

Bei der Gestaltung klinischer Prozesse in der Gesundheitsversorgung stehen. Treffend beschrieben hat dies Woolf (2006) die Konkretisierung des Qualitätsgedankens in den Vordergrund als eines, das einen Schaden verursacht.

Das klinische Risiko liegt hierbei in der Hand des Prozessgestalters. Geht es um ein multidisziplinäres Thema wie Ernährung und das Risiko. Die ONR 49001 (Nachweisnorm zur Zertifizierung 31000 für die Praxis) beschreibt diese Position treffend die Möglichkeit, das Risiko beherrschen und verändern Verantwortung impliziert.

Betrachtet man die klinische Versorgung aus der Sicht der Patienten und zeitgerechte Anamnese, Diagnostik und Therapie, so können primär Schäden abgewendet werden.

Wie der Grafik (Abb. 1) zu entnehmen ist, wird die Ergebnisqualität. Als Einflussgrößen werden die patientenbezogenen Faktoren des Behandlungssystems („Random Effects“) und der Versorgungsorganisation (Management direkt zu beeinflussen ist die Ebene des Prozessmanagements (Prozesseignerschaft/Risikoeignerschaft).

Abb. 1: Einflussgrößen der Ergebnisqualität [6, 7]

Setzt man nun direkt bei der Indikationsstellung an, bei
– eine möglichst umfassende Datensammlung, die un
richtigen Fragen zu stellen, eine adäquate Diagnostik €

Sammlung von Daten und Informi

Damit all dies möglichst verzerrungsfrei erfolgen kann
genau – und unabhängig von der erhebenden Person –
müssen also an Validität und (Interrater-) Reliabilität g
ist.

Unterschieden werden muss hier zwischen Screening-
sollen grob rastern und vorfiltern. Patienten, die einen
damit von Patienten ohne oder mit nur geringen Bedar
spezifische Assessment-Instrumente eingesetzt werde
der kurzen Verweildauer der Patienten in der Akutversc
erforderlich. Diese finden ihre Berechtigung eher in Rel

Ausfilterung von Patienten mit Ris des Nutritional Risk Screening (NR

Um dem relevanten Phänomen der Mangelernährung i
zu können, hat die Arbeitsgruppe um Kondrup et al. 20
2a-c) . Patienten mit Mangelernährung oder mit einem
entsprechend behandelt werden können.

Beim NRS 2002 werden alle Patienten zunächst einem
individuellen Ernährungszustand zu überprüfen. Werde
und wird datengestützt beendet. Es wird empfohlen, d
Patient bis dahin noch stationär versorgt wird. Liegt ei
einmal „ja“ in der Ersterfassung), wird das finale Scree
durchgeführt. In einem weiteren Schritt wird die Schw

Abb. 2a: NRS 2002 (Kondrup-Score), Initiales Screening


 OEBPS/images/03_02_A_06_2014_Safety_image_02

Abb. 2b: NRS 2002 (Kondrup-Score), Finales Screening


 OEBPS/images/03_02_A_06_2014_Safety_image_02

Abb. 2c: NRS 2002 (Kondrup-Score), Schwergrad der Erk

Über die Screening-Methode NRS 2002 lassen sich also Punkten wird erreicht, wenn eine schwerste Grunderkr BMI < 18,5 und dem Alter > 70 Jahre. Ist der Patient älter

Den erreichten Punkten entsprechend können abgestu Operationalisierung hat beispielsweise die Universität des Artikels.

Es wird deutlich, dass mit NRS 2002 die Aufmerksamkeit einer bestehenden Mangelernährung bzw. eines erhöht effektivem Mittel- und Zeiteinsatz erfolgt diese spezielle

Nutzen für die Praxis

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern. Dabei *einmal nicht schaden*“ der hippokratischen Tradition an ärztlichen Handelns gerecht zu werden. Legt man aktuell dies nicht immer gelingt.

Bedingt durch hohe Komplexität und „Produktionsdruck“ behandelnden Menschen zu betrachten sowie berufsg Prozess- und Risikoeigner tragen die Verantwortung der Verantwortlichkeiten (neu) zu definieren und berufsgren Barrieren zur Erhöhung der Sicherheit zu etablieren sind Prozessschritten findet sich wieder im Konzept der „Hi

Standardisierte Screening-Instrumente wie das NRS 2002 liefern objektivable Ergebnisse und helfen bei der Strukturierung der jeweiligen Bedarfen. Entscheidungen werden anhand wesentliche Faktoren gelenkt, die von allen beteiligten Patientinnen und Patienten sind.

Der Einsatz des standardisierten NRS 2002 hilft bei der Identifizierung einer adäquaten, zeitgerechten Therapie, die dem Patienten schonst gleichermaßen einzusetzende Ressourcen. Nicht nur der Ernährungsstatus im Falle von Behandlungsfehlern, sondern auch im Zuge der Patientenaufnahme und Behandlungsführung bei Mangelernährung gezielt Einsatz fand.

Literatur

- [1] Kondrup J. et al., Espen Guidelines for Nutrition Screening Ltd.
 - [2] Schadendatenbank, Ecclesia-Gruppe
 - [3] Federhen S., Lenzen S. et al., Systemische Fallanalyse Aspirationspneumonie – Ein Beitrag zum klinischen Pflegewissenschaft 2010, 07/08, S. 418-426.
 - [4] Quelle: <https://www.destatis.de/DE/PresseService/P> (14.04.2014)
 - [5] Woolf S.H., Patient Safety Is Not Enough: Targeting C Ann Intern Med. 2004. 140. 33-369
 - [6] In Anlehnung an: Becker A., Qualität und Ökonomie
 - [7] Davenport D.L. et al., Annals of Surgery, Vol 242 (2), C
 - [8] In Anlehnung an: <http://www.dgem.de/ernaehrungs>
 - [9] Hines S., Luna, K., Lofthus J. et al., Becoming a High I (prepared by the Lewin Group under Contract No. 29 Agency for Healthcare Research and Quality, April 2
 - [10] Gausmann, P., Chirurgie und Zuverlässigkeit – Lässt klinische Prozesse übertragen?, „Passion Chirurgie“
- Federhen S. Safety Clip: Mangelernährung – Schaden- u Screening-Verfahren. Passion Chirurgie. 2014 Juni; 4