

3 Adipositasmanagement in der Klinik – Planung, Analyse, Umsetzung

Claudia Stork

Kliniken werden zunehmend mit fettsüchtigen Patienten konfrontiert, die mit zahlreichen, durch das Übergewicht bedingten Begleiterkrankungen zur Aufnahme kommen. Eine optimale Therapie und Pflege dieser Patienten erfordert nicht nur spezielle technische Hilfsmittel, sondern auch ärztliches und pflegerisches Know-How. Aufgrund der alarmierenden Entwicklung werden sich auch kleinere Krankenhäuser und Einrichtungen dieser Patientengruppe längerfristig nicht entziehen können. Hinzu kommt, dass diese Patientengruppe eher jünger sein wird und bei allen gesundheitlichen Problemen oft nur eine Teilmobilität besitzt.

3.1 Die Praxis – „Schwergewichtige Probleme“ im Fall einer Aufnahme

Es ist Samstag, 17:30 Uhr. In der Ambulanz klingelt das Telefon. Die Leitstelle meldet einen Patienten an, der sich nach einem Treppensturz am Knöchel verletzt hat. Verdacht auf eine offene Sprunggelenksfraktur. Soweit nichts Besonderes. Bis die Leitstelle hinzufügt: „Ach ja, es kann noch etwas dauern bis der Patient eintrifft. Zurzeit wird er aus dem Treppenhaus im 4. Stock durch die Feuerwehr geborgen. Zudem haben wir den Spezial-Rettungswagen für Übergewichtige angefordert. Ich habe keine genauen Informationen, aber wir gehen von einem Gewicht um die 250 kg aus.“

Mit der Ankündigung des adipösen Patienten beginnt ein logistischer und organisatorischer Marathon bereits in der Ambulanz, der sich danach in al-

len Bereichen fortsetzt. Für die Pflegekraft ergeben sich dringende Fragen:

- Bis zu welchem Gewicht sind unsere Betten zugelassen?
- Woher bekomme ich ein Spezialbett?
- Wer hat eine geeignete Waage?
- Wer verfügt im Haus über XXL-Blutdruckmanschetten, die ich ausleihen kann? Wer kann sie bringen?
- Welche Station ist personell geeignet, den Patienten aufzunehmen?
- Passt das Bett durch die Tür des Zimmers und der Untersuchungsräume?
- Kann der Patient über die OP-Schleuse eingeschleust werden und schafft das die OP-Säule?

Zudem kann es problematisch werden, sich gleichzeitig um den Patienten und die Organisation von Hilfsmitteln zu kümmern. Bis zum Eintreffen des Patienten sollten aber bereits die wichtigsten Hilfsmittel zur Verfügung stehen.

! Im Hinblick auf die Ausstattungsmerkmale in den Kliniken, sind die meisten Hilfsmittel nur bis zu einem Gewicht von ca. 150 kg ausgelegt.

Für Patienten mit einem höheren Gewicht besteht hier schon eine Lücke, um eine fachlich hochwertige aber auch vor allem eine ethisch angemessene Versorgung gewährleisten zu können.

3.2 PLAN: Prozessorientierter Ansatz zur Erarbeitung der Ausstattungsvoraussetzungen

Anforderungen prüfen

Die Prozessschritte von der Aufnahme oder Einbestellung bis zur Entlassung sollten Schritt für Schritt anhand des PDCA-Zyklus nach Deming analysiert werden. Mit Eintreffen des Patienten können bereits unterschiedliche Vorgehensweisen erforderlich sein:

- Wie erfolgt in unserem Haus die Aufnahme eines adipösen Patienten?
 - Als Notfall erfolgt die Aufnahme des *immobilen* Übergewichtigen oft über die Ambulanz.
 - Der *mobile* Adipöse kann für eine Untersuchung oder Operation regulär einbestellt sein. Dann ist sein erster Kontaktpunkt mit der Klinik die Aufnahme.
- Welche Bereiche sind in die Versorgung stark übergewichtiger Patienten involviert?
 - Neben den Ärzten und der Pflege sind viele Funktionsbereiche und die Diagnostik betroffen.
- Wie verändert sich das Anforderungsprofil der Bereiche/Abteilungen bei der Versorgung von Patienten mit Fettsucht?
 - Es besteht erheblicher Mehrbedarf an Personal, Material und Raum zur Versorgung.

Risikoanalyse durchführen

Auch adipöse Patienten und ihre Angehörige erwarten zu Recht eine professionelle Behandlung. Es ist auch zu erwarten, dass Behandlungsfehler bei dieser Patientengruppe zukünftig vermehrt Gegenstand von straf- oder zivilrechtlichen Auseinandersetzungen werden, sofern die behandelnden Krankenhäuser nicht ausreichend auf schwer adipöse Patienten eingestellt sind.

Ausgangssituation

Pro Jahr ist in Krankenhäusern auf alle Patienten bezogen mit 1% Behandlungsfehlern und 0,1% Todesfällen, *die auf Fehler zurückgehen*, zu rechnen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007).

Die Letalität von *adipösen chirurgischen Intensivpatienten* (BMI > 40) lag in einer amerikanischen Studie bei 33,3 Prozent. Von den Normalgewichtigen starben dagegen 12,3 Prozent. (Bischoff 2007).

Bei Betrachtung der statistischen Lage der Personen mit einem BMI > 35, kann einerseits festgestellt werden, dass die Sterblichkeitsrate doppelt so hoch sein kann als die Normalgewichtiger. Grund dafür ist nicht zuletzt die Vielzahl von Erkrankungen, die zu einem erheblich höheren Risiko in der Versorgung dieser Patientengruppe führt.

Andererseits gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass adipöse Patienten ähnliche, oder sogar bessere, Intensivtherapiestations- und Krankenhausüberlebensraten haben können als Normalgewichtige (Hogue et al. 2009).

Verantwortung der Mitarbeiter und des Leitungspersonals

Die Mitarbeiter müssen ihrer Durchführungsverantwortung nachkommen. Dies bedeutet, dass sowohl das fachliche Wissen rund um die Behandlung und Pflege von Patienten mit Adipositas, als auch Kenntnisse zum Einsatz geeigneter Hilfsmittel erforderlich sind. Die Leitung einer Einrichtung hat die Organisationsverantwortung, d.h. die Voraussetzungen zur Versorgung auf personeller, materieller und struktureller Ebene sind zu sichern.

Aufgaben im Klinikmanagement

Gesetzliche Vorgaben und haftungsrechtliche Aspekte müssen bei der Entwicklung und Umsetzung eines professionellen Risikomanagements ebenso berücksichtigt werden wie der höhere Qualitätsanspruch der Patienten/Kunden und die in „DRG-Zeiten“ knapp bemessenen Personal- und Sachmittelbudgets.

Potenzielle Risiken identifizieren

Im Zuge des Risikomanagement sollten die Risikopotenziale in allen Bereichen gesammelt, analysiert, klassifiziert, bewertet und sukzessive minimiert werden. Dazu wird die vorhandene Infrastruktur erfasst, um Ressourcen für eine sichere und adäquate Patientenversorgung bereitzustellen (s. Abb. 3).



Ein aktives Risikomanagement betreiben bedeutet Agieren statt Reagieren!

Erfassen der Infrastruktur und eine adäquate Ausstattung bereit stellen

Die Versorgung von hoch adipösen Patienten erfordert eine besondere Ausstattung und Infrastruktur in allen Bereichen des Krankenhauses:

- in der Ambulanz
- in der Diagnostik

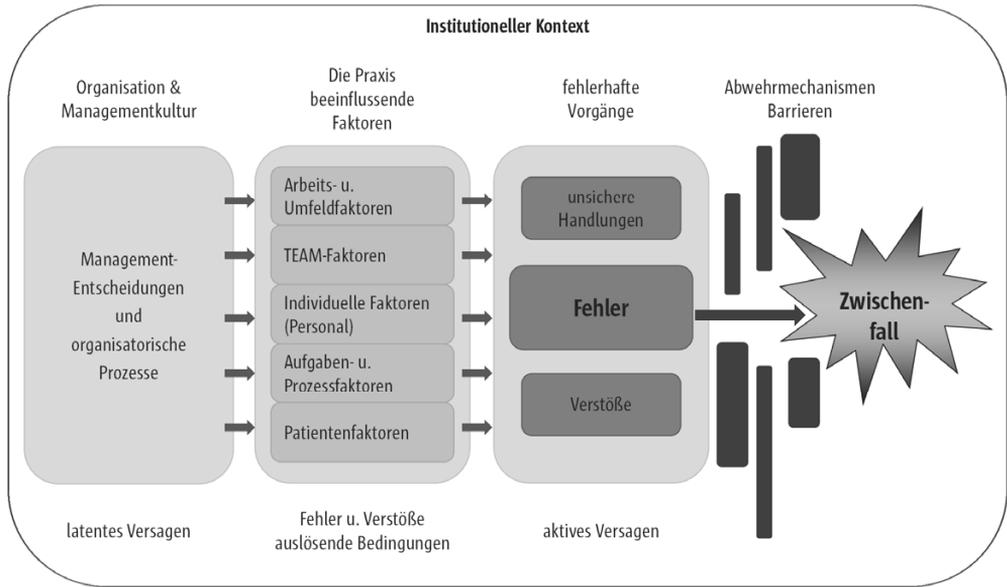


Abb. 3 Adaptiertes organisationales Unfallmodell von J. Reason aus dem London Protocol, entwickelt von Ch. Vincent u. S. Adams, Übersetzung © Stiftung für Patientensicherheit Schweiz, www.patientsicherheit.ch

- auf der Station
- auf der Intensivtherapiestation
- im OP
- in den administrativen Bereichen
- in den öffentlichen Bereichen (Cafeteria)

In den Qualitätszirkel sollten die Mitarbeiter aus den genannten Bereichen Schritt für Schritt die Anforderungen, Problemstellungen und die daraus entstehenden Risiken analysieren. Dabei ist der Blick für das Detail ein wesentlicher Faktor, der zur Problemlösung und zur Reduktion potenzieller Risiken beiträgt.

Versorgungs- und Ausstattungsmerkmale auflisten

Durch die Aufzeichnung der Ausstattungsmerkmale in den verschiedenen Bereichen entsteht eine Liste, der man entnehmen kann, wo adäquate Hilfsmittel zur Versorgung dieser Patienten zu finden sind und wie hoch die Belastbarkeit der alltäglichen Hilfsmittel ist. Eine solche Liste erleichtert erheblich den organisatorischen Aufwand, wenn ein Patient mit Adipositas aufgenommen wird. Zugleich kann der Bedarf an weiterem erforderlichem Equipment identifiziert und festgelegt werden. Dazu reicht es im ersten Schritt eine Checkliste zur Versorgung sehr adipöser Patienten zu versenden (s. Tab. 6).

Bauliche Ausstattungsmerkmale

Gerade bei älteren Gebäuden ergeben sich durch die frühere Bauweise einige versteckte Problempunkte, die es gilt, vor Ort zu erfassen. Türen von Patientenzimmern und Türen bestimmter Diagnostikbereiche können für Schwerlastbetten zu eng sein oder in die „falsche“ Richtung aufgehen. Daher empfiehlt unter diesem Aspekt auch eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen *Patientenbetten*.



Tückische Hindernisse sind bauliche Engpunkte wie Gänge und Ecken, sowie zu schmale Türen.

Ein anderes Problemfeld ergibt sich aus der *Größe der Patientenzimmer*. Ausgestattet mit einem extra breiten Bett und einem Toilettenstuhl oder Rollstuhl ist eine Belegung mit einem weiteren Patienten nur sehr beengt möglich und eine physiologische Arbeitsweise erheblich erschwert. Es fehlt der notwendige „Bewegungsraum“. Zu prüfen sind:

- Tragkraft und Breite der Aufzüge (auch, ob durch Dehnung der Tragseile ggf. Stufen zwischen Fahrstuhl und Etage entstehen, wenn sehr hohe Lasten transportiert werden)
- Statik der Zwischendecken; Belastbarkeit des Bodenbelags

Tab. 6 Beispiel Checkliste zur Sammlung der vorhandenen und erforderlichen Hilfsmittel

Checkliste Versorgung sehr adipöser Patienten; Abteilung/Bereich:

Liebe Stationsleitungen, zur Versorgung sehr adipöser Patienten möchte ich eine Checkliste zusammenstellen, was in den Bereichen zur Versorgung dieser Patienten eingesetzt oder gebraucht wird. Angefangen von der Blutdruckmanschette, über Lifter, Bett, Toilettenstuhl bis hin zur Kanülengröße in der Anästhesie. Ziel ist es, die vorhandenen Hilfsmittel in den Bereichen detailliert zu sammeln. Bitte Liste ergänzen und zurück senden.

Was wird zur Versorgung bereits eingesetzt	vorhanden	bis kg	wird benötigt
Rollstuhl normal	6	120 kg	
Rollstuhl XXL	1	200 kg	+2
Gehwagen	1	100 kg	> 200 kg
Armpolster Anatomisch geformt Gel 320 x 140 mm	14 Stück		
OP-Tisch-Auflage Gel	5 Stück		
Gelmatte kurz	2 Stück		
Vakuummattatze lang	2 Stück		

- Problemstellen bei den Transportwegen (Breite von Gängen, enge Ecken, etc.)
- Tragkraft und Breite von Untersuchungsliegen, Diagnostik, Röntengeräten (MRT, CT)
- Tragkraft der Toiletten (meist freihängend) und sonstiger Anbauten
- Breite der Türen, Hindernisse/Engstellen durch Öffnen der Tür?
- OP-Ausstattung/Belastungsgrenze (OP-Schleuse, OP-Säule, OP-Tisch)

- **Überwachung und Betreuung:** Bei der Auswahl einer Station sollte bei immobilen Adipösen darauf geachtet werden, dass die *Station mit einer z. Nachtwache besetzt ist*, oder eine entsprechende Regelung für die Dauer des Aufenthaltes mittels Einsatz zusätzlicher Mitarbeiter aus einem Pool oder der Hauptnachtwache besteht.
- **Mobilisation und Transport:** Die Industrie bietet sowohl ergonomisch durchdachte, als auch in der Breite und Tragkraft ausreichende Produktlinien an. Ein Spezialbett mit einem Eigengewicht von mehr als 300 kg lässt sich auch ohne Patient nicht so einfach bewegen. Selbst drei Personen sind

Personelle Ausstattungsmerkmale

Viele Faktoren bedingen, dass die Betreuung und Pflege von adipösen Patienten – vor allem in den ersten Tagen – einen höheren Personalaufwand erfordert (s. Abb. 4):

- **Schwergewichtige Patienten sind meist erheblich schwerer verletzt**, da sie wegen der höheren Aufprallenergie schon dann eine Fraktur erleiden, wenn weniger schwere Patienten sich lediglich eine Kontusion zuziehen. Zudem fallen diese Patienten ungeschickter, was die Rettung erschwert und zeitintensiver macht (Bischoff 2007).
- **Längere OP-Zeiten**, höherer Blutverlust und ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen, wie Thrombosen und Infektionen, müssen berücksichtigt werden (Bischoff 2007).
- **Die Körperpflege** ist sehr aufwendig und erfordert auch hier eine höhere personelle Ausstattung. Die Sicherung der Katheter, Tuben und Trachealkanülen ist bei Lagerungsmaßnahmen erschwert.



Abb. 4 Manpower bei der Überwachung und Versorgung muss interdisziplinär koordiniert werden. (mit freundlicher Genehmigung der BG Unfallklinik Ludwigshafen)

nur mittels hoher körperlicher Anstrengung in der Lage, den Patienten in solchen Spezialbetten zu transportieren.

Adipöse Patienten sind nicht nur personalintensiv, zudem erfordern sie einen besonderen Schutz der Mitarbeiter vor Über- bzw. Fehlbelastung.

Fachliche Merkmale

Spezielle Fortbildungen zum Thema Adipositas sind in den Fortbildungskatalogen noch selten zu finden, obwohl das angesichts des Risikopotenzials dieser Patienten dringend erforderlich scheint. Die Besonderheiten bei dieser Patientengruppe betreffen alle Aktivitäten des täglichen Lebens.

Ein *Fortbildungskonzept* zum Thema Adipositas sollte diese Module beinhalten:

- Ursachen der Adipositas
- Abstufungen und Formen der Adipositas und bariatrischer OP-Interventionen
- Kommunikation mit adipösen Patienten
- besondere Risikofaktoren bei Adipositaspatienten
- Ernährungsmanagement bei Adipositaspatienten
- Kinästhetik (Bewegungslehre) bei Adipositas
- Lagerungsstrategien und -positionen bei adipösen Patienten
- Einsatz geeigneter Hilfsmittel und ihre Anwendung

Ein wichtige Voraussetzung für eine professionelle Betreuung der Adipositaspatienten ist der Abbau von Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber dieser Gruppe (Module „Ursachen“ und „Kommunikation“).

Medizintechnische Ausstattungsmerkmale

Bei der Einhaltung der Vorgaben im Medizinproduktegesetz ist man in der Versorgung adipöser Patienten oftmals Grenzbereichen ausgesetzt.

Was tun, wenn ein bariatrischer Patient als Notfall in die Klinik eingewiesen wird, aber die Ausstattung eigentlich nicht für das Gewicht zugelassen ist?

Sicher hat bei einem Notfall die Versorgung Vorrang. Es entbindet Einrichtungen aber nicht davon, sich auf diese Patientengruppe vorzubereiten.

Bei der Auswahl des Equipments sollte der Funktionalität neben den Kosten eine hohe Priorität zugestanden werden.

- **Betten**, die einfach seitlich einschiebbar und damit in ihrer Breite reduzierbar sind, sind Betten ohne diese Funktionalität vorzuziehen.
- **Wege und Zugänge:** Hautfalten und Fettgewebe erschweren das Legen von Arterien- und Venenkathetern. Aus hygienischer Sicht besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko, da bei Katheteranlagen 2-3 Pflegefachkräfte die Fettmassen zur Seite schieben müssen, um eine kontaminationsfreie Anlage erst zu ermöglichen (Hartl 2009). Für die Tätigkeit ist ein erhöhter Personalbedarf einzuplanen.
- **Normale Kanülen** sind meist zu kurz. Es sind für die Versorgung große Kanülenlängen zu bevorzugen.
- **Bei herkömmlichen Trachealkanülen** erfolgt die Krümmung an der falschen Stelle (Bischoff 2007). Bei der Wahl der Trachealkanüle sollte ein größeres Modell zum Einsatz kommen.
- **Minimalinvasive Interventionen** scheitern manchmal daran, dass bei einer Fettschicht von 50-60 cm Dicke, das endoskopische Instrument ebenfalls zu kurz ist (Bischoff 2007). Vor der Maßnahme muss sichergestellt sein, dass ein ausreichend langes endoskopisches Instrument zur Verfügung steht.

Ökonomische Aspekte

Adipositas wird von den Fachgesellschaften in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) und der WHO als eine chronische und multifaktoriell bedingte Erkrankung angesehen. Adipositas gehört zu den in Zukunft bedeutsamen, wirtschaftlich sehr relevanten Krankheitsfeldern. Durch die Vermeidung von Versorgungslücken oder -engpässen können durch gezielte *Investitionen* für die folgenden Jahre erhebliche Folgekosten vermieden werden.

Neben der Versorgung immer komplexer werdender Krankheitsbilder steht den Einrichtungen ein Mangel an Fachkräften in allen Bereichen bevor. *Mitarbeitergewinnung* und Einhaltung des Fachkräftestandards sind bereits jetzt Probleme, mit denen sich die Kliniken auseinandersetzen.

Der Personalaufwand wird in der Regel unterschätzt und stellt neben den materiellen Kosten einen wirtschaftlich erheblichen Kostenfaktor mit Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit dar.

Da sich die Kosten für die Versorgung dieser Patienten zurzeit noch nicht umfassend berechnen lassen, müssen schnellstmöglich und kontinuierlich Daten

erhoben werden, um im Anschluss gegenüber den Kostenträgern stichhaltige Zahlen vorlegen zu können. Die Wirtschaftlichkeit der Pflege bedarf sicher noch mehr Information aufseiten der Mitarbeiter.

3.3 DO: Prozessorientierter Ansatz zur Nutzung der Hilfsmittel, Checklisten und Regelungen

Nun wird im Idealfall auf die erarbeiteten Strukturen zurückgegriffen und diese festgelegten Prozessschritte verfolgt.

Die Praxis – „spielend leichte Versorgung“ im Fall einer Aufnahme

Zurück zu dem bereits eingangs erwähnten Praxisbeispiel:

- Zeitpunkt der Ankündigung: Samstag 17:30 Uhr
- Patientengewicht 250 kg, nicht mehr gehfähig nach Sturz im Treppenhaus
- Rettung durch die Feuerwehr und Transport mittels Spezialrettungswagen

Bei guter Planung beginnt mit der Ankündigung des adipösen Patienten kein logistischer und organisatorischer Marathon, der sich in allen Bereichen fortsetzt. Die Ambulanzmitarbeiterin ist informiert, ruft die in PLAN erarbeiteten Strukturen ab und leitet die entsprechenden Maßnahmen ein.

- Die Checkliste zur Erfassung der Infrastruktur ist aktuell abrufbar, sodass bekannt ist, wo das erforderliche Equipment erhältlich ist.
- Der Einsatz und die Verfügbarkeit von Spezialbetten und XXL-Hilfsmitteln sind festgelegt und übersichtlich gestaltet. Ein Anruf und das Spezialbett ist auf dem Weg.
- Der diensthabende Arzt, der die Anweisung hat, in solchen Fällen schnellstmöglich vor Ort zu sein und den Oberarzt zu informieren, wird in Kenntnis gesetzt.
- Der OP wird informiert, der entsprechende Schwerlasttisch von den OP-Mitarbeitern vorbereitet.
- Die Belegungssituation der infrage kommenden Stationen wird aktuell im Krankenhausinformationssystem abgerufen und die betreffende Station informiert.
- Zur Überbrückung, bis das Spezialbett eintrifft, wird der Patient auf eine Transportliege der Ambulanz (Einsatz bis 300 kg) gelegt.

- Mit dem XXL-Rollboard, das in der Ambulanz kürzlich angeschafft wurde, erfolgt ein sicherer Transfer.
- Da alle Hilfsmittel bezüglich ihrer Tragkraft mittels eines Aufklebers gekennzeichnet sind, ergeben sich viele Informationen zur Infrastruktur auf einen Blick.
- Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ gibt vor, dass eine Entlassung bei der Aufnahme beginnt, bei der alle Informationen zu einer sicheren Überleitung der Patienten aus der Einrichtung führen.

Die Übergabe durch den Rettungsdienst enthält wichtige Nebeninformationen bezüglich der häuslichen Versorgungssituation und dem sozialen Umfeld. Ist der Rettungsdienst weg, sind diese Informationen im Nachhinein nicht mehr oder evtl. nur sehr aufwendig zu bekommen.

- Die Ambulanzkraft dokumentiert diese Aufnahmeinformationen in einem speziellen Assessmentbogen.
- Das Verfahren zum Einschleusen ist festgelegt.
- Die Transportwege sind geprüft, es gibt beim Transport mit dem Schwerlastbett auf die Station keine Überraschungen bzgl. Engstellen, zu schmaler Türen, etc.
- Alle Personen helfen beim Transport des Patienten in seinem Spezialbett mit, es kommt zu keinen krankheitsbedingten Ausfällen aufgrund massiver Fehlbelastungen
- Der Patient erhält sein Zimmer und wird von der Pflegefachkraft offen, ohne Vorbehalte über die Abläufe der Station informiert.
- Der Behandlungsplan steht fest und wird vom Arzt angeordnet.
- Der Aufnahmevorgang ist abgeschlossen.

Sicherlich wird in dieser Auflistung der optimale Aufnahmeprozess dargestellt und gewiss sind in der Praxis auch Störungen in den Abläufen zu erwarten. Das „Soll“ ist festgelegt und die Praxis ist der Maßstab.

Da die Dokumentation die Leistungen am Patienten abbildet, empfiehlt sich eine engmaschige, mehrschichtige und kontinuierliche Überprüfung mit allen Prozessbeteiligten. Die Überprüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit und Qualität sollte regelmäßig durch die Stationsleitungen und/oder Pflegedirektion erfolgen. Innerhalb der Station selbst empfiehlt sich die Eigenkontrolle im Team einmal monatlich. Eine gleichbleibend gute Dokumentation

Tab. 7 Auszug einer Ausstattungs- und Hilfsmittelliste zur strukturierten Versorgung adipöser Patienten

Erfassung der Infrastruktur		Versorgung bariatrischer Patienten Ansprechpartner/Listenpflege Pflegedirektion	
Ausstattungs- und Hilfsmittelliste zur Patientenversorgung Bitte teilen Sie Änderungen/Ergänzungen aus Ihrem Bereich der Pflegedirektion mit.			
Betten/Matratzen			
ab 200 kg siehe Miet-Übersicht	Viskoelastische Matratzen	in der Bettenzentrale anfordern	
Standardbett (manuell)	bis 135 kg	Bettenzentrale/ohne Anbauten	
Elektrobett	bis 150 kg		
Schwerlastbett (1)	bis 220 kg	in der Bettenzentrale anfordern	
Schwerlast-Matratzen (10)	160–200 kg	in der Bettenzentrale anfordern	
Dusche-Toilette			
Toiletten im Zimmer/Bad	bis 150 kg		
Dusch- und Toilettenstühle	120–150 kg	Aufkleber auf Toilettenstuhl beachten	
Toilettenstuhl breit	bis 200 kg	Stationen 2, 3, 5, 8, V23	
Duschliegen	bis 160 kg	Verbrennungsintensiv, Station 6; Station Q	
Transport/Transfer/Mobilisation			
Rollstuhl normal	bis 120 kg	alle Stationen	
Rollstuhl extra breit	bis 200 kg	Stat. 1; 2; 5; Q; Physiotherapie	

sichert die Erlöse. Anhand einer Checkliste wird der Status der Qualität flächendeckend erhoben und Ziele zur Verbesserung formuliert.

Ausstattungs- und Hilfsmittelliste

Nach Durchlaufen der einzelnen Prozessschritte entsteht eine umfangreiche und detaillierte Liste zur Versorgung bariatrischer Patienten (s. Tab. 7).

Informationssammlung

Jede Pflegekraft überprüft während des Aufnahme-/Übernahmegesprächs mit dem Patienten die Aktualität und Vollständigkeit der Dokumentation. Bei Informationslücken sollte die Regelung bestehen, dass Kontakt mit der verlegenden Station/Abteilung aufgenommen und die Dokumentation gemeinsam ergänzt wird. Bei allen Patienten werden die Aktivitäten des täglichen Lebens auf ihre pflegerische Abhängigkeit und Unabhängigkeit hin bewertet. Die Einstufung erfolgt bei Aufnahme und bei der Entlassung. Damit wird eine abschließende Evaluation, entsprechend dem Pflegeprozess, gewährleistet.

Einsatz von Assessmentinstrumenten

Adipositaspatienten bergen ein hohes Risikopotenzial, ihre stationäre Behandlung ist kostenintensiv

und aufwendig. Die Steuerung einer effektiven Behandlung und Pflege erfolgt am effektivsten über ein Assessmentinstrument, welches auf die Zielgruppe Adipositas zugeschnitten ist und die Einschätzung des Patientenzustandes ermöglicht (s. Tab. 8).

3.4 CHECK: Prozess überprüfen und Risiko neu bewerten

Die Überprüfung des Prozesses erfolgt mit mehreren Qualitätswerkzeugen und -instrumenten. Zwei der wichtigsten sind dabei die Durchführung von *Prozess-Audits* sowie die *Erfassung von identifizierbaren Prozessstörungen*. Aber auch einfache, sehr effektive Kontrollen geben Rückschluss auf Verbesserungspotenziale.

3.5 ACT: Standards, Checklisten und Hilfsmittelversorgung anpassen

Die Anpassung der Prozessschritte ist bei einem gut funktionierenden Qualitätsmanagement in allen in Abschnitt *Plan* genannten Bereichen gewährleistet und sichert eine gute Prozessqualität (s. Abb. 5).

Tab. 8 Auszüge eines Assessment zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs bei Adipositas

Momentaner Aufenthaltsort/Gebäude		Selbständigkeit
Kann der Betroffene ohne zusätzliche Hilfsgeräte gerettet werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Erdgeschoss	1-2-3-4
	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus ___ Stock	
	Transport durch Treppenhaus möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Info	
Ist ein Spezialbett für Transport und Klinik angefordert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Spezialbett zum Transport erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Info	1-2-3-4
	Spezialbett bei Fa. KCI angefordert <input type="checkbox"/> BariMax <input type="checkbox"/> BariAir <input type="checkbox"/> keine Info	
Mobilität/Bewegung und Umgebungsgestaltung		Selbständigkeit
Fähigkeit aufzustehen und sich fortzubewegen. Eingesetzte Hilfsmittel:	kann sich vom Bett wegbewegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1-2-3-4
	kann sich alleine aufsetzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	geht alleine (aber wenig) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/trifft nicht zu	
	bewegt sich/geht regelmäßig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein/trifft nicht zu	
Ausmaß der verfügbaren Körperenergie Berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ausreichende Körperenergie zur Bewältigung des Alltags	1-2-3-4
	<input type="checkbox"/> einzelne umfangreiche Aktivitäten möglich	
	<input type="checkbox"/> einzelne kleine Aktivitäten möglich	
	<input type="checkbox"/> keine eigene Körperenergie (Kraft/Energie fehlt)	
Sind zur Bewältigung des Alltags Hilfspersonen tätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Info	<input type="checkbox"/> Familienmitglied:	1-2-3-4
	<input type="checkbox"/> Freunde/Nachbarn	
	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	
	<input type="checkbox"/> Hilfsorganisation/Sozialdienst	

Kurz-Legende: Einschätzung der Selbständigkeit in den Aktivitäten

- 1: Betroffene/r ist bei der Aktivität **unselbstständig**
- 2: Betroffene/r braucht bei der Aktivität **umfangreiche Unterstützung**
- 3: Betroffene/r braucht bei der Aktivität **geringe Unterstützung**, kann sie allein aber nicht ausführen
- 4: Betroffene/r kann Aktivität **selbstständig** ausführen

Fazit

Die rasch zunehmende Patientengruppe der „mobilen Adipösen“ wird eine neue Herausforderung für die Einrichtungen und das Behandlungsteam in der Zukunft sein. Es gilt einen Versorgungsstandard zu erstellen und zu etablieren. Mithilfe einer prozessorientierten Struktur sowie der kontinuierlichen Überprüfung der organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen zur Versorgung von Patienten mit Adipositas sind die Einrichtungen für die Zukunft gut gerüstet.

Literatur

Bartholomeyczik S (2004) Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessment und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomey-

zik S, Halek M (Hrsg.) Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover Schlütersche, 11–20
 Bartholomeyczik S, Hunstein D (2006) Standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Pflegezeitschrift 59, 564–567
 Bischoff A (2007) Schwergewichtige Probleme im Fall einer Operation. Dtsch Arztebl 104, 1560–1562
 Deutsches Institut für Normung (DIN) (Hrsg.) (2004) DIN-Taschenbuch 226 Qualitätsmanagement. QM-Systeme und Verfahren. Beuth Verlag Berlin
 Hartl WH (2009) Intensivmedizin und morbide Adipositas. intensiv 2009; 17: 226–227 Georg Thieme Verlag KG
 Hogue CW, Stearns JD, Colantuoni E, Robinson KA, Stierer T, Mitter N, Pronovost PJ, Needham DM (2009) The impact of obesity on outcomes after critical illness: a meta-analysis. Intensive Care Med 35, 1152–1170
 Kamiske (Hrsg.) ABC des Qualitätsmanagements Hanser Verlag, 82–83

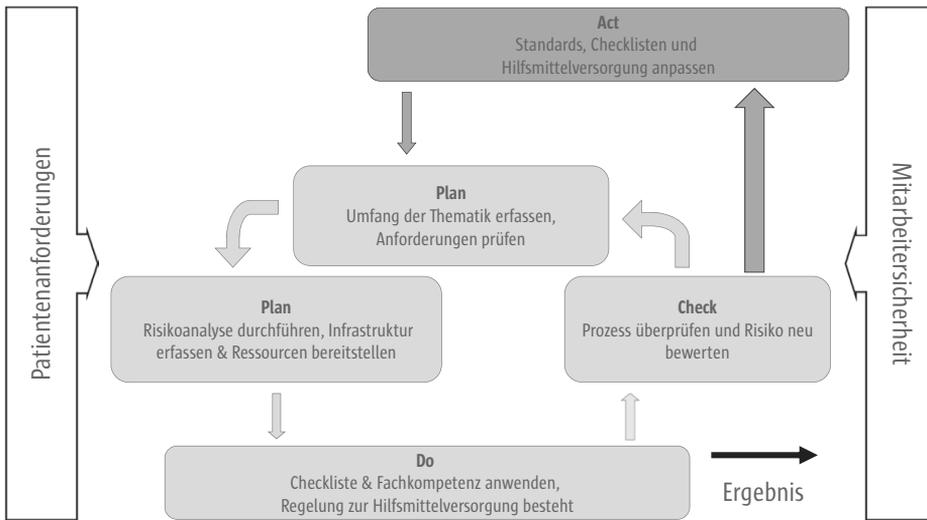


Abb. 5 Darstellung der prozessorientierten Versorgung von Adipositaspatienten

Larsen R (2007) Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Springer-Verlag

Lewandowski K, Lewandowski M (2009) Lagerungstherapie des Patienten mit Adipositas per magna in der Intensivmedizin. In: Bein T (Hrsg.) Lagerungstherapie in der Intensivstation. 110–130. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG Berlin

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>, abgerufen am 13.12.2011



Claudia Stork

Seit 1996 in der BG Unfallklinik Ludwigshafen als Leiterin der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung/Qualitätssicherung tätig. Nach Abschluss der Ausbildung zur Krankenschwester 1988 arbeitete sie in verschiedenen Fachbereichen, bis sie 1995 die Ausbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe abschloss. Nach kurzer Tätigkeit in der Ausbildung baute sie die neue Stabstelle an ihrer früheren Wirkungsstätte, der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik auf. Nach Absolvierung einiger Weiterbildungen z.B. Kinästhetik und Qualitätsmanagement erfolgte 2007 die Berufung als stell. Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik. Seit 2006 arbeitet sie freiberuflich als Auditor, Dozentin, Autorin und Fachexpertin im Bereich Dekubitus, Adipositas und Hilfsmittelversorgung.