

Peer-Review-Verfahren

Kennzahl/Tracer: Beatmung (ohne Pneumonie) und Tod

Analysierte Akten: 20

Optimierungspotenzial: 95%

Übereinstimmung: 85%

Punktzahl: 11

Optimierungspotenzial identifizieren

- Hämodynamisches Monitoring, Volumentherapiesteuerung und differenzierte Katecholamintherapie verbesserungsbedürftig
- infektiologisches Monitoring besserbar, Sepsisdiagnostik intensivieren
- Beatmung mit zu hohen Tidalvolumina
- Dauer der Antibiotikatherapie zu lang, nicht immer unmittelbare Anpassung nach Austestung
- Dokumentation Therapiebegrenzung und Tagestherapieziele fehlen
- einmalig unzureichende Hypothermiebehandlung, zu selten Blasendruckmessung, schwere COPD und O2-Gabe ohne Astrup, NIV-Therapie bei Magen-Darmatonie über Tage
- Prä- und Peribögen teilweise fehlend oder unvollständig
- zeitnahe Diagnostik fehlt (z.B. Gastro bei Ausgangsstenose)
- interdisziplinäre Konsultätigkeit nicht immer dokumentiert

Verbesserungen umsetzen

- früherer und häufigerer Einsatz von PICCO, SVCO2, Echo
- quantitatives PCT zeitnah einführen; bei Sepsis (quantitatives) PCT, ansonsten i.d.R. PCT oder CRP
- Low Tidal Beatmung
- Antibiotikatherapie zeitlich begrenzen, adäquat anpassen; Klärung einer zeitlich adäquaten Befund- und Erregeraustestungsinformation
- bei COPD und neuer O2-Gabe zeitnah Astrup
- zeitnahe adäquate Ursachenabklärung und Differentialdiagnostik
- vollständiges und korrektes Ausfüllen und Umsetzen der Prä- und Peribögen kontrollieren
- Dokumentation Therapiebegrenzung und Therapieziele
- interdisziplinären Zusammenarbeit und Konsultätigkeiten dokumentieren

| Zusammenfassung der Analyse Kriterien für alle Fälle insgesamt: | ja | weitgehend | nicht immer | nein |
|---|----|------------|-------------|------|
| Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? | | | ✓ | |
| Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? | | | ✓ | |
| Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig? | | ✓ | | |
| Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt? | | ✓ | | |
| War die Dokumentation umfassend und schlüssig? | | ✓ | | |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos? | | | ✓ | |
| Kontrollen der Behandlungsverläufe? | | | ✓ | |

Peer-Review-Verfahren

Kennzahl/Tracer: Hirninfarkt und Tod

Analysierte Akten: 20

Optimierungspotenzial: 55%

Übereinstimmung: 80%

Punktzahl: 13

Optimierungspotenzial identifizieren

- Entlassungsbrief ohne ausreichende Darstellung der Pathogenese
- Pneumonie- und Sepsistherapie nicht zeitgerecht
- unzureichendes Dysphagiemanagement
- apparative Diagnostik (CCT, Angio-CT) unzureichend
- Dokumentation von Diagnostik und Therapie lückenhaft, unzureichende Überwachung (INC, Stroke-Unit)
- Widersprüche zwischen Todesbescheinigung und Arztbrief, Kausalität der Todesursachen fehlen
- Dokumentationssysteme und Kurvenblätter sind dringend überarbeitungsbedürftig

Verbesserungen umsetzen

- logische Darstellung von Behandlungsablauf und Konsequenzen müssen im Arztbrief dargestellt werden
- Standards (SOP`s) von Diagnostik und Therapie von Pneumonie und Sepsis etablieren
- NOD Stufenkonzept mit Schlucktherapeuten umsetzen (z.B. Ausbildung von Stroke-Nurses)
- CCT, Angio-CT, MRT ausbauen bei festgelegten Indikationen, Anbindung an das Neuronet
- Aufbau einer Überwachungseinheit mit Monitorsystemen, schulen von Ärzten und Pflege, klare Übergabeprotokolle mit Therapiezielen
- Fortbildung zum Ausfüllen der Todesbescheinigungen, AiW muss dies grundsätzlich mit seinem Hintergrunddienst absprechen
- Entwicklung von Komplexdokumentationsbogen, Thrombolyseprotokoll, NOD Stufenkonzept, CT-Angioprokoll

| Zusammenfassung der Analysekriterien für alle Fälle insgesamt: | ja | weitgehend | nicht immer | nein |
|---|----|------------|-------------|------|
| Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? | | | ✓ | |
| Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? | | | ✓ | |
| Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig? | | | ✓ | |
| Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt? | | | ✓ | |
| War die Dokumentation umfassend und schlüssig? | | | ✓ | |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos? | | ✓ | | |
| Kontrollen der Behandlungsverläufe? | | | ✓ | |

Peer-Review-Verfahren

Kennzahl/Tracer: Schenkelhalsfraktur und Tod

Analysierte Akten: 14

Optimierungspotenzial: 43%

Übereinstimmung: 57%

Punktzahl: 7

Optimierungspotenzial identifizieren

- Kommunikation unvollständig: fehlende Verlegungsbriefe zwischen den Abteilungen
- Inkonsequente Therapieentscheidung bei Diagnose Herzinfarkt und Schenkelhalsfraktur auf Grund nicht festgelegtem Procedere bei Meinungsunterschieden hinsichtlich der OP-Fähigkeit
- Therapie nicht zeitgerecht: Postoperative Überwachung lückenhaft, Notfallmanagement bei kritischer Verschlechterung des Patienten (Geriatric)
- Therapie inhaltlich: kritische Heparindosierung bei Niereninsuffizienz, falsche Antibiose bei nosokomialer Pneumonie, fehlende Konsequenz bei Schluckdefiziten und weiter bestehender Nahrungsaufnahme, intraoperatives Anästhesiemanagement (Hypotonie über 60 min)
- Dokumentation unvollständig: ärztliche Dokumentation, Therapieabbruch bzw. Therapiebegrenzung, Reanimationen, Original-Narkoseprotokolle

Verbesserungen umsetzen

- Behandlungsstandards zur Dokumentation von Therapiebegrenzungen
- Verbesserung der tgl. ärztl. Dokumentation , ev. mobile Doku
- Leitliniengerechte Antibiotikatherapie bei nosokomialer Pneumonie
- Festlegen eines Algorhythmus bei Meinungsunterschieden hinsichtlich der OP-Fähigkeit Chirurgie/Anästhesie
- Verbesserung der frühpostoperativen Überwachung der Schenkelhalsfrakturen auf ITS oder Wachstation mit kontinuierlicher ärztlichen Besetzung
- Festlegen von Standards bei Auftreten von Schluckstörungen (Nahrungskarenz, Schluckdiagnostik, Logopädie)
- Standard bei Niereninsuffizienz und Heparinisierung (Gabe niedermolekulare Heparine, ggf. Faktor 10a-Bestimmung)

| Zusammenfassung der Analyse Kriterien für alle Fälle insgesamt: | ja | weitgehend | nicht immer | nein |
|---|----|------------|-------------|------|
| Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? | | ✓ | | |
| Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? | | ✓ | | |
| Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig? | | | ✓ | |
| Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt? | ✓ | | | |
| War die Dokumentation umfassend und schlüssig? | | | ✓ | |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos? | | ✓ | | |
| Kontrollen der Behandlungsverläufe? | ✓ | | | |

Peer-Review-Verfahren

Kennzahl/Tracer: mehr als 24h-Beatmung und Tod

Analysierte Akten: 18

Optimierungspotenzial: 83%

Übereinstimmung: 61%

Punktzahl: 8

Optimierungspotenzial identifizieren

- Dokumentation unvollständig: besonders Intensivstation, Therapieminimierung am Lebensende, Verlegungsberichte, Aufnahme- und Arbeitsdiagnosen mit Hypothesen und Konsequenzen, EKG-Befundung nicht schriftlich, Chefarztvisiten
- Differentialdiagnostik und Differentialtherapie überdenkenswert: undifferenzierte Katecholamin Therapie (2 bis 3 fache Kombinationen), Natriumbikarbonatgabe bei respiratorischer Insuffizienz, Volumentherapie, Monitoring bei der Katecholamintherapie, kardiogenen Schocks (Kolloide und Akrinor, MiBi-Diagnostik)
- nicht invasive Bildgebung (Echo, Abdomensonographie, Gefäßdarstellung) scheint nicht ausreichend, Indikation zur invasiven kardialen Diagnostik wird nicht ausreichend genug gestellt
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, v.a. mit Belegärzten scheint nicht immer reibungslos zu funktionieren

Verbesserungen umsetzen

- Mikrobiologische Visiten sollen eingeführt werden (z.B. alle 14 Tage)
- Vorstellung der EKGs in der Inneren Abteilung zu Befundung
- Überarbeitung des Schemas für die MiBi-Diagnostik und Antibiotikatherapie
- Behandlungsstandard für hämodynamische Monitoring entwickeln
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Belegärzten klar definieren
- Fixierung von Aufnahmediagnosen und Behandlungszielen schon beim Erstkontakt mit dem Patienten
- Ärztliche Dokumentation auf der Intensivstation: pro Schicht ein Eintrag als Verlaufskontrolle; täglich schriftliche Fixierung von Therapiezielen; Dokumentation von OA- und CA-Supervisionsvisiten
- nicht invasive Bildgebung (Echo, Sono, Duplex) auf der ICU als regelhaften Standard etablieren
- Umstellung der PCT (Procalcitonin) - Bestimmung

| Zusammenfassung der Analyse Kriterien für alle Fälle insgesamt: | ja | weitgehend | nicht immer | nein |
|---|----|------------|-------------|---------------------------------|
| Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? | | ✓ | | |
| Behandlungsprozesse zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? | | | ✓ | |
| Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig? | | ✓ | | |
| Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt? | | ✓ | | |
| War die Dokumentation umfassend und schlüssig? | | | | ✓ (nur ärztliche Dokumentation) |
| Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos? | | ✓ | | |
| Kontrollen der Behandlungsverläufe? | | | ✓ | |