

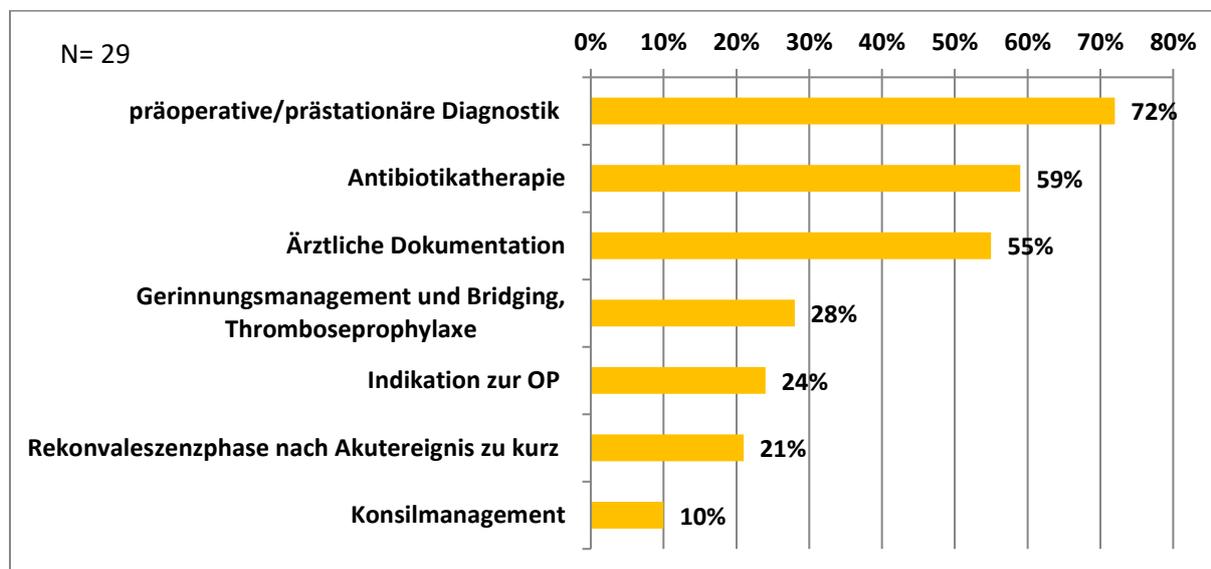
## Ergebnisse IQM Peer Reviews zu Prostata-TUR

In den Jahren 2015 bis 2018 wurden 29 IQM Peer Reviews zu Komplikationen bei Prostata-TUR durchgeführt. Der entsprechende G-IQI Indikator 52\_3 Prostata-TUR, Anteil Komplikationsfälle gesamt, enthält überlebende Patienten, die von nicht-chirurgischen Komplikationen bei diesem Low-Risk Eingriff betroffen waren. Hierzu gehören z.B. Sepsis, Herzinfarkt, Hirninfarkt, Pneumonie u.v.a.

Im Rahmen dieser Reviews wurden 464 Patientenakten entsprechend der IQM Analyse Kriterien bewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die auf den Protokollen dieser IQM Peer Reviews beruhen. Hierbei bildet ein Protokoll das aggregierte Ergebnis aus ca. 16 analysierten Patientenakten des jeweiligen Peer Reviews ab. Die Protokolldaten liegen als qualitative Daten vor. Es wurden daher Kategorien gebildet und die Nennungen gezählt. Die Ergebniszusammenfassung orientiert sich an den folgenden Fragen:

- Welches sind die 5-7 Top-Verbesserungspotentiale, die bei der Aktenanalyse identifiziert wurden?
- Welche 3 bis 5 relevanten Lösungsvorschläge bzw. Maßnahmen pro Verbesserungspotential wurden im Rahmen des Peer Reviews erarbeitet?

### Die meistgenannten Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zur Prostata TUR



Zu diesen Top-Verbesserungspotentialen wurden folgende Lösungsvorschläge entwickelt:

- **Präoperative, prästationäre Diagnostik**
  - Blutgasanalyse auch mit Bestimmung des Kalium und Natrium Wertes
  - Urinkultur/Urinalytik vor OP durchführen
  - Prästationäre Aufnahme und Untersuchung im größerem Zeitintervall, damit die Urinkultur zur OP vorliegt

- Indikationsbesprechung mit präoperativer Volumetrie und Zuteilung des Operateurs nach Risiko (ASA-Score) und vermeintliche Schwierigkeiten während der OP, damit Risiko für den Patienten minimiert wird
  - Strukturierte und einheitliche OP-Vorbereitung (Aufnahmebefunde, dokumentierte Volumetrie der Prostata, Miktionsanamnese, Harnflussmessung, Restharn, Urinbefunde)
- **Antibiotikatherapie**
- Erarbeitung eines Standards zur Antibiotikaphylaxe (Indikation, Applikation, Dauer)
  - Regelmäßige Durchführung von mikrobiologischen Visiten bzw. Implementierung eines Antibiotic Stewardship-Programms.
  - Ausbildung eines Urologen zum Antibiotic Steward, um die Expertise in die eigene Klinik zu holen.
  - Regelmäßige Diskussion der kalkulierten Antibiose mit den Mikrobiologen in Kenntnis der lokalen Resistenzstatistik.
  - Antibiose-Regime zur OP festlegen
- **Ärztliche Dokumentation**
- Dokumentation der OP Indikation/OP Konferenz/Indikationssprechstunde sowie Individualisierung des OP-Berichtes
  - Erarbeitung eines Dokumentationsstandards für die Abteilung und für die Belegärzte
  - Tätigkeitsdokumentation mit persönlichem Arztstempel.
  - Unterscheidung von „vorläufigem“ und „endgültigem“ Arztbrief, die formal erkennbar ist. Konsequente Bearbeitung von Checklisten, auch bei Zweiteingriffen
- **Gerinnungsmanagement und Bridging, Thromboseprophylaxe**
- Bei Behandlung von Patienten unter Thrombozytenaggregationshemmer und Antikoagulation (was, wann und wie Absetzen, ggf. Ersetzen und wann Wiederansetzen) sollte in Absprache mit den entsprechenden Fachkollegen ein Standard entwickelt werden
  - Diskussion mit den Internisten wie tiefe Beinvenenthrombosen und Embolien vermieden werden können bei gleichzeitigem Abwägen von Blutungshäufigkeit

- Um Blutungsrisiko zu reduzieren, auf unnötiges Bridging verzichten
  - Bei Risikopatienten prätherapeutische interdisziplinäre Absprachen mit Kardiologen und/oder Neurologen
  - Checkliste „Präoperative Erfassung des kardiopulmonalen Risikos“ konsequent nutzen
- **Indikation zur OP**
- Dokumentation über Therapieentscheidungen in der Kurve (z.B.: noch erhöhtes Kreatinin, transurethrale Resektion der Prostata erst, wenn das Kreatinin geringer als 1,5 mg/dl ist)
  - Dokumentation der OP Indikation/OP Konferenz/Indikationssprechstunde sowie Individualisierung des OP-Berichtes
  - präoperative Urodynamik bei sehr großer Blasenkapazität, Blasendivertikeln und hohem Restharn
- **Rekonvaleszenz Phase nach Akutereignis zu kurz**
- Elektive Wiederaufnahme im Intervall
  - Den operativen Eingriff in einem eigenen stationären Aufenthalt planen, so dass der Erfolg der vorangehenden internistischen Therapie überprüft werden kann
- **Konsilarmanagement**
- Entwicklung eines hausinternen Standards mit dem Ziel, bei multimorbiden Patienten möglichst frühzeitig ein Konsil zur Einschätzung der präoperativen Situation durchzuführen

#### **Beurteilung durch klinisch tätigen Fachexperten:**

*„Wenn all diese sinnvollen Lösungsvorschläge beachtet würden, würde die Komplikationsrate sinken. Die Umsetzung dieses vorbildlichen Kataloges stellt hohe Anforderungen an jede Klinik und wäre wünschenswert. Ergänzt sollte unter der Rubrik „Indikationen“: ggf. präoperative Urodynamik bei sehr großer Blasenkapazität, Blasendivertikeln und hohem Restharn werden.“ Bei kritischer Umsetzung dieses Kataloges würde die OP-Indikation strenger gestellt werden.“*

*Prof. Dr. Joachim Steffens, St.- Antonius Hospital, Eschweiler*