

Ergebnisse IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Hirninfarkt

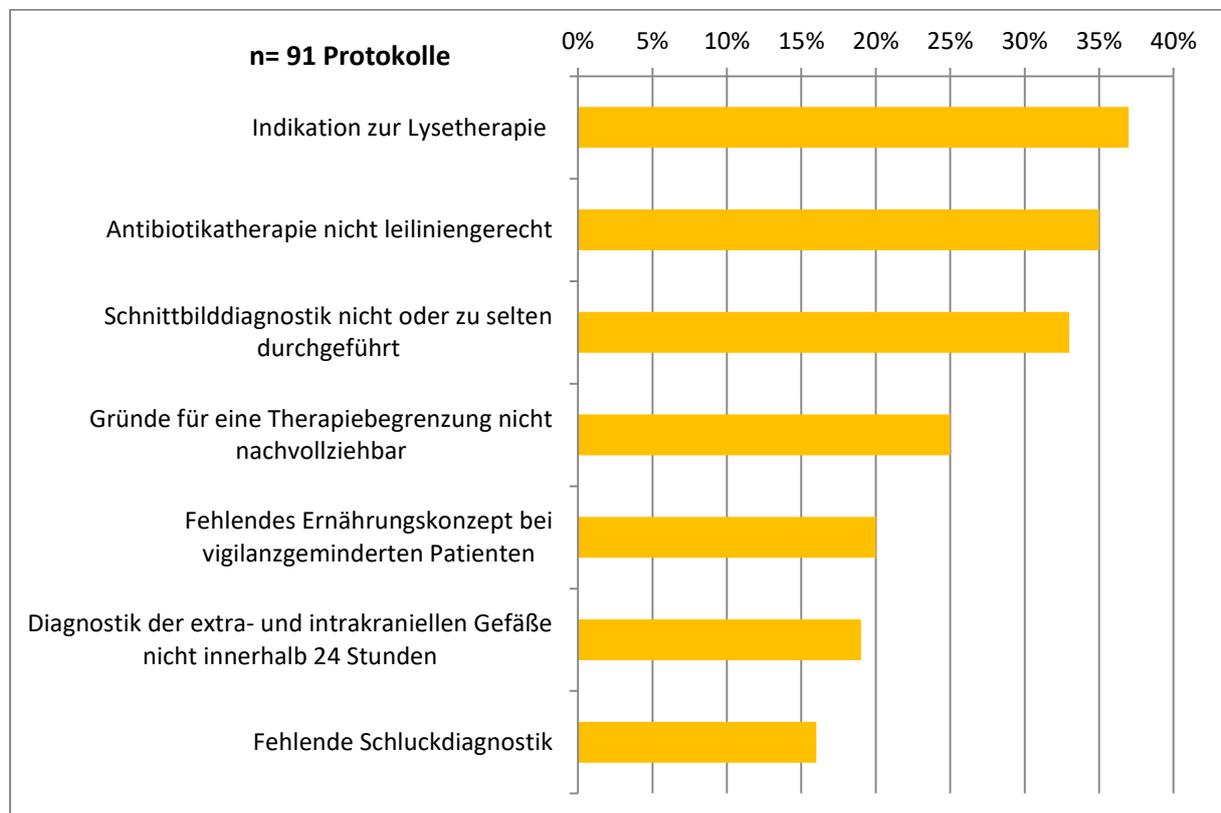
In den Jahren 2010 bis 2017 wurden 91 IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Hirninfarkt durchgeführt. Im Rahmen dieser Reviews wurden 1599 Patientenakten entsprechend der IQM Analysekriterien bewertet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die auf den Protokollen dieser IQM Peer Reviews beruhen. Hierbei bildet ein Protokoll die aggregierten Ergebnisse aus 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 Sterblichkeit bei Hirninfarkt



Zu diesen Top-Verbesserungspotentialen wurden die folgenden Lösungsvorschläge entwickelt:

- **Indikation zur Lysetherapie**
 - Indikation zur Lyse (und Zeitfenster) für jeden Patienten prüfen, Neurologe sofort hinzuziehen
 - Verbesserung der Zeitverläufe zur Gerinnungsbestimmung durch Einrichtung eines Point-of-Care in der Notaufnahme

- **Antibiotikatherapie**
 - Entwicklung einer SOP Antibiotikatherapie
 - Etablierung eines mikrobiologischen Konsils

- **Schnittbilddiagnostik**
 - Erweiterung und Ausbau der apparativen Diagnostik
 - Frühes Erfassen der Verschluss- oder Stenose Situation durch Schnittbilddiagnostik (CT-A, evtl. MRT) und Doppler-/Duplexuntersuchungen innerhalb von 24 Stunden
 - Überprüfung der Abläufe in der Notaufnahme

- **Gründe für eine Therapiebegrenzung nicht nachvollziehbar**
 - Einbezug einer neutralen klinischen Ethikkommission
 - Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillen
 - Hinweis auf Vorsorgevollmacht und Aufnahme einer Kopie - wenn vorhanden, in die Patientenakte
 - Schulung des Personals zu Führung von Angehörigengesprächen und juristischen Hintergrund

- **Ernährung und Schluckdiagnostik**
 - Bei allen Schlaganfallpatienten werden konsequent logopädische Schluckversuche vor der ersten oralen Nahrungszufuhr durchgeführt
 - Erarbeitung eines Ernährungskonzeptes für die frühzeitige (enterale) Ernährung, Bereitstellung von spezieller Nahrung bei Schluckstörungen
 - Enterale Ernährung und Medikation früher beginnen

Beurteilung durch klinisch tätigen Fachexperten:

„Grundsätzlich sind die erhobenen Daten meines Erachtens zunächst zu differenzieren, inwieweit eine zertifizierte Stroke-Unit oder eine Klinik ohne zertifiziert Stroke-Unit visitiert worden ist. Viele Kriterien, die als verbesserungswürdig erachtet worden sind, sind durch die Vorgaben im Rahmen der Zertifizierung einer Stroke-Unit ohnehin zu erfüllen.“

Kommentare zu den vorgeschlagenen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen:

- **Indikation zur Lysetherapie**

Indikation zur Lyse (und Zeitfenster) für jeden Patienten prüfen, Neurologe sofort hinzuziehen - Diese Empfehlung entfällt bei zertifizierter Stroke-Unit, da die Durchführung einer Lysetherapie eine Kernkompetenz sein muss. Die Durchführung von systemischen Thrombolyse kann natürlich auch im Rahmen telemedizinischer Versorgungsstrukturen erfolgen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es kein Standard mehr, dass systemische Thrombolyse außerhalb einer zertifizierten Stroke-Unit durchgeführt werden.

Verbesserung der Zeitverläufe zur Gerinnungsbestimmung durch Einrichtung eines Point-of-Care in der Notaufnahme - dies ist eine sehr wichtige Empfehlung. Aber auch hier sollte eine zertifizierte Stroke-Unit eine POC Testung in der Notaufnahme vorhalten. Ansonsten ist dieses dahingehend unbedingt sinnvoll, da zur schnellen Messung der INR und schnellen Indikationsstellung zur Thrombolyse ein Zeitverlust durch eine notfallmäßige Laboruntersuchung verhindert werden kann.

- **Antibiotikatherapie**

Entwicklung einer SOP Antibiotikatherapie - ist unbedingt empfehlenswert, vor allem in Anpassung an das hausinterne Spektrum. Das heißt, optimal wäre eine Erreger und Resistenzanalyse in der jeweiligen Abteilung mit einer darauf abgestimmten SOP zur Antibiotikatherapie bei häufigen Infektionen.

Etablierung eines mikrobiologischen Konsils - grundsätzlich sinnvoll, hierzu muss jedoch auch die Größe der jeweiligen Klinik betrachtet werden, da nicht immer eine Kompetenz in Mikrobiologie vor Ort gegeben ist.

- **Schnittbilddiagnostik**

Erweiterung und Ausbau der apparativen Diagnostik - dies ist eine sehr weit gefasste Empfehlung. Standard in der Schlaganfalldiagnostik sollte eine 24/7 Verfügbarkeit eines CCTs und einer CT-Angiografie sein, möglicherweise wird in der gerade durchgeführten Novellierung der OPS zur Komplexbehandlung des Schlaganfalls auf die CT Perfusion (und gegebenenfalls die Notfall MRT-Diagnostik) Standard werden. Dieses ist jedoch abzuwarten.

Frühes Erfassen der Verschluss- oder Stenosesituation durch Schnittbilddiagnostik (CT-A, evtl. MRT) und Doppler-/Duplexuntersuchungen innerhalb von 24 Stunden - der OPS kurzer Komplex bei des Schlaganfalls sieht eine verpflichtende vaskuläre Diagnostik während der Stroke-Unit Zeit vor und von der Fachgesellschaft ist eine Gefäßdiagnostik

innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme empfohlen. Allerdings kann dieser Zeitraum auch zu lang sein. Standard sollte sein, dass notfallmäßig jederzeit eine CT-Angiografie durchgeführt werden kann, um einen intrakraniellen Gefäßverschluss nachzuweisen, da diese Patienten Leitlinien gerecht einer endovaskulären Rekanalisation (Thrombektomie) zugeführt werden müssen.

Überprüfung der Abläufe in der Notaufnahme - *entsprechende Richtwerte sind definiert: door-to-needle (Thrombolyse) <60, Ziel <30min, door-to-groin-puncture (Thrombektomie) <90, Ziel <70min.*

- Gründe für eine Therapiebegrenzung nicht nachvollziehbar

Einbezug einer neutralen klinischen Ethikkommission - *aus meiner Sicht fakultativ und nicht immer praktikabel.*

Dokumentation des mutmaßlichen Patientenwillens - *nicht immer sicher erfassbar aufgrund der neurologischen Grunderkrankung. Erfragen und Dokumentation, ob Patientenverfügung vorliegt und Dokumentation des durch Gespräche mit den Angehörigen erhobenen Patientenwillens oder Patientenwunsches ist unbedingt empfohlen. Ein gesondertes Dokument mit Festlegung der Therapiebegrenzung, Begründung und Dokumentation der beteiligten Personen ist empfohlen.*

Hinweis auf Vorsorgevollmacht und Aufnahme einer Kopie - *wenn vorhanden - in die Patientenakte - unbedingt sinnvoll*

Schulung des Personals zu Führung von Angehörigengesprächen und juristischen Hintergrund - *schwierig und schwer durchzuhalten. Grundsätzlich empfohlen. Im Wesentlichen sollten vor allem die oberärztlichen Kolleginnen und Kollegen diese Kompetenz vorhalten.*

- Ernährung und Schluckdiagnostik

Bei allen Schlaganfallpatienten werden konsequent logopädische Schluckversuche vor der ersten oralen Nahrungszufuhr durchgeführt - *eine Schluckdiagnostik ist bei Patienten mit Schlaganfall obligat, auch nach den Zertifizierungskriterien. Schluckversuche müssen jedoch nicht zwingend Initial logopädisch durchgeführt werden. Dieses würde auch problematisch sein, wenn die Patienten in der Nacht aufgenommen werden. Eine logopädische Überprüfung bei pflegerisch und/oder ärztlich geäußertem Verdacht auf eine Dysphagie ist dann jedoch immer empfohlen und kann innerhalb von 24 Stunden erreicht werden, da auf zertifizierten Stroke-Units eine Logopädie innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme erfolgen muss.*

Erarbeitung eines Ernährungskonzeptes für die frühzeitige (enterale) Ernährung, Bereitstellung von spezieller Nahrung bei Schluckstörungen - *ist unbedingt notwendig*

Enterale Ernährung und Medikation früher beginnen - *die Aufnahme einer enteralen Ernährung ist auch nach den Empfehlungen der Gesellschaft für Ernährung bei Patienten mit Dysphagie geboten.*

PD Dr. med. Andreas Binder, Chefarzt Klinik für Neurologie, Klinikum Saarbrücken