

„Leitlinienwissen kompakt“ – Die 10 häufigsten Fehlstellen im Klinikalltag

Fokus auf Hochrisiko-Entscheidungen (Sepsis, ACS, VTE, COPD, AKI)

Worum geht es?

Im Alltag der Akutstation, IMC und ITS entstehen die meisten vermeidbaren Schäden nicht durch fehlende Diagnostik, sondern durch Entscheidungen unter Zeitdruck: zu spät erkannt, falsch priorisiert, unvollständig umgesetzt oder ohne konsequente Reevaluation. Leitlinien sind dafür keine „Papierprodukte“, sondern verdichtetes Sicherheitswissen. Dieses BDI-Info fasst die 10 häufigsten Fehlstellen zusammen und übersetzt sie in sofort nutzbare Trigger, Checklisten und Eskalationskriterien.

Fünf Kernbotschaften

- High-risk first: Leitlinienwissen muss dort sitzen, wo Minuten zählen (Sepsis, ACS, PE/VTE, respiratorische Insuffizienz, AKI).
- Entscheidung statt Detail: Im Akutbereich zählen klare If/Then-Trigger (z. B. „Schock? -> sofort Eskalation“), nicht Volltexte.
- Bundles funktionieren: Standardisierte Pakete (Diagnostik + Therapie + Reevaluation) reduzieren Varianz und Fehler.
- Dosis und Kontraindikationen sind die häufigsten Fallen: Antikoagulation, Antiinfektiva, O2/NIV und Renal-Dosierung benötigen Checkpoints.
- Qualität ist messbar: Zeit- und Prozessmarker (ECG-Zeit, AB-Zeit, VTE-Prophylaxe, AKI-Med-Review) gehören in Audit & Feedback.

Warum entstehen Fehlstellen?

Typische Ursachen sind kognitive Überlastung (Parallelität, Unterbrechungen), unklare Zuständigkeiten, fehlende Order-Sets/Checklisten, heterogene Weiterbildung und seltene, aber hochriskante Ereignisse. Eine kompakte „Guideline-Literacy“ zielt deshalb auf Entscheidungspunkte, Zeitfenster und Eskalationsschwellen.

Begriffe und Prinzipien (kurz)

- Fehlstelle: wiederkehrende Abweichung zwischen Leitlinienkern und Routineprozess (z. B. „AB erst nach CT“).
- Sicherheitsanker: 60-Sekunden-Check (Trigger + Pflichtaktionen), der in Visite/Übergabe zuverlässig abfragbar ist.
- Bundle: Kombination aus Diagnostik, Therapie und Reevaluation mit definiertem Zeitfenster und Verantwortlichkeit.
-

Tabelle 1: Top-10 Fehlstellen im Leitlinienwissen (BDI-Orientierung)

Hinweis: Die Tabelle fokussiert auf entscheidungsrelevante Kernaussagen.

„Sicherheitsanker“ sind bewusst kurz gehalten und für Akutstation/IMC/ITS adaptierbar.

Entscheidung/Setting	Häufige Fehlstelle	Leitlinienkern (was erwartet wird)	Sicherheitsanker (Trigger/Check)
Sepsis/Infektion (Triage)	Sepsis wird als „Fieber“ oder „Pneumonie“ eingeordnet; Schockzeichen werden spät erkannt.	Frühe Sepsis-Erkennung + unmittelbare Priorisierung nach Vitalparametern/Organfunktion; Laktat/Perfusion als Warnsignal.	Trigger: Hypotonie, Tachypnoe, Laktat↑, Vigilanzminderung -> Sepsis-Alarm + Teamruf.
Sepsis-Bundle (erste Stunde)	Blutkulturen/AB verzögert; fehlende Diagnostik vor AB; keine Reassessment-Schleife.	Zeitkritische Umsetzung von Diagnostik (Kulturen) + AB-Therapie + Volumen/Vasopressor nach Perfusionslage.	Check: Kulturen vor AB (wenn möglich) + AB in 60 min + Laktat + Volumen/NE bei MAP<65; Recheck 2-4 h.
ACS/Brustschmerz	Kein ECG „sofort“; Troponin ohne seriellen Verlauf; fehlende Risiko-/Differenzialdiagnostik.	ECG und klinische Risikostratifikation sind initial; serielle Biomarker + zeitnahe Kardiologie-/HKL-Einbindung bei Hochrisiko.	Trigger: Thoraxschmerz/Äquivalent -> ECG ≤10 min + Troponin seriell + „red flags“ (Schock, ST-Hebung) -> HKL.
Antithrombotika bei ACS	Falsche Dosis/Interaktionen; Blutungsrisiko nicht systematisch; Nierenfunktion ignoriert.	Indikationsgerechte Plättchenhemmung/Antikoagulation mit Dosisanpassung und konsequenter Blutungs-Risikoabwägung.	Check: Gewicht, eGFR, Blutung (GI/ICH), OP-Plan -> richtige Substanz/Dosis; PPI bei hohem GI-Risiko.
PE/VTE (Diagnostik)	D-Dimer und CT ohne Vorwahrscheinlichkeit; RV-Belastung wird nicht aktiv gesucht.	Vortestwahrscheinlichkeit steuert Diagnostik; Echokardiographie/CT-Befund + Biomarker zur Risikoabschätzung.	Trigger: Dyspnoe/Synkope/Schock + Risiko -> sofortige Risikoklassifikation; RV-Check (Echo/CT) + Troponin/BNP.
PE (Therapie/Eskalation)	Hochrisiko-PE wird zu spät eskaliert; Antikoagulation verzögert ohne Kontraindikation.	Frühe Antikoagulation; bei hämodynamischer Instabilität rasche Reperusionsstrategie und interdisziplinäre Entscheidung (z. B. PERT).	Check: Hypotonie/Schock -> „high risk“ -> Thrombolyse/Intervention prüfen; sonst AC starten und eng monitoren.
VTE-Prophylaxe	Prophylaxe fehlt an Aufnahme/OP-Tag; keine Anpassung an Gewicht/Niere/Blutung; mechanische Optionen vergessen.	Tägliche Indikationsprüfung und dokumentierte, individualisierte Prophylaxe (pharmakologisch oder mechanisch).	Trigger: immobil / akut krank -> Prophylaxe-Check in Visite; bei Blutungsrisiko -> mechanisch + Recheck 24 h.
COPD/Hyperkapnie	Zu hohe O ₂ -Gabe; ABG spät; NIV-Indikation verpasst; fehlende Eskalation bei NIV-Versagen.	Kontrollierte O ₂ -Therapie, frühe Blutgasanalyse und rechtzeitige NIV bei hyperkapnischer Azidose; klare Intubations-/IMC-Trigger.	Check: Ziel-SpO ₂ 88-92 (bei Risiko) + ABG früh; pH↓/pCO ₂ ↑ -> NIV; NIV-Versagen -> IMC/ITS-Eskalation.
AKI	AKI wird erst bei Kreatininspitze erkannt; nephrotoxische Medikamente laufen weiter; Dosisanpassung fehlt.	Frühe AKI-Stadieneinteilung (Krea/UO), Ursachenabklärung (prä-/postrenal), Med-Review und Dosisanpassung, enges Monitoring.	Trigger: Krea↑ oder UO↓ -> „AKI-Alarm“: Med-Stop/Adjust, Volumenstatus, US bei Obstruktion, K+/pH eng.
Blutung/Antikoagulation / Stroke	Antikoagulation wird pauschal pausiert/fortgeführt; Reversal/Restart-Plan fehlt; Schlaganfallfenster werden verpasst.	Stratifizierte Blutungs- und Thromboembolierisikoabwägung; gezielte Antidot-/Reversal-Strategie; bei Stroke: Time-to-Imaging.	Check: Major bleeding? -> Reversal-Algorithmus + Endoskopie/Neuro-CT; Restart-Plan dokumentieren; Stroke-Alarm -> CT sofort.

Sicherheitsanker und Eskalationskriterien

Fehlstellen lassen sich am zuverlässigsten reduzieren, wenn Teams gemeinsame Trigger und Eskalationswege nutzen. Wichtig sind klare Zuständigkeiten (wer entscheidet?) und definierte Zeitfenster (bis wann?).

- Eskalation bei instabilen Vitalparametern, zunehmendem O₂-/Vasopressorbedarf, Laktatanstieg, Vigilanzminderung oder drohendem Atemwegsproblem.
- Verbindliche Übergaben (z. B. SBAR) mit dokumentiertem Plan: Arbeitsdiagnose, Time-critical Tasks, Antikoagulation/Antiinfektiva, Recheck-Zeitpunkt.
- „Stop-the-line“-Kultur: Bei Unsicherheit zu Antikoagulation, AB-Start, NIV-Versagen oder Stroke-Fenster sofort Senior-/Fachkonsil.
- Tägliche Reevaluation: Diagnosen, Kulturen/AB-Deeskalation, O₂/NIV, Flüssigkeitsbilanz, Nierenfunktion und Medikamentendosen.

Kurzalgorithmen für Hochrisiko-Entscheidungen

Die folgenden Kurzalgorithmen sind als „mentale Checkliste“ gedacht. Sie ersetzen keine Leitlinie, verhindern aber die häufigsten Versäumnisse im Zeitdruck.

- Sepsis: Blutkulturen/Diagnostik sofort -> AB innerhalb 60 min -> Perfusion (Volumen, NE) -> Laktat/Diurese-Recheck; Source Control planen.
- ACS: ECG sofort -> seriell Troponin + Risiko -> DAPT/AC nach Indikation -> früh Kardiologie/HKL; bei Schock/Arrhythmie sofort eskalieren.
- PE/VTE: Vorwahrscheinlichkeit -> Diagnostik -> AC starten (wenn keine Kontraindikationen); bei Hypotonie/Schock Reperfusion/PERT.
- COPD: O₂ kontrolliert (Ziel 88-92) -> ABG -> NIV bei Azidose; NIV-Versagen/Ermüdung -> IMC/ITS/Intubation erwägen.
- AKI: UO/Krea prüfen -> Volumenstatus/Obstruktion -> nephrotoxische Meds stoppen/anpassen -> K⁺/pH überwachen; frühes Nephro-Konsil bei Progress.
- Blutung/Antikoagulation/Stroke: Major bleeding? -> Reversal-Algorithmus + Endoskopie/Neuro-CT; Restart-Plan; Stroke-Alarm -> CT sofort.

Tabelle 2: Toolbox & Qualifizierung – Leitlinienwissen im Akutalltag

Baustein	Umsetzung im Klinikalltag (Beispiele)
10x10-Microlearning	10 Module á 10-15 min (Sepsis, ACS, PE, VTE-Prophylaxe, COPD/NIV, AKI, Blutung/Antikoag, Stroke). Kurzquiz + Fallvignette.
Order-Sets & Checklisten	Standardisierte Aufnahmepfade und „60-sec“-Checks (AB-Zeit, ECG-Zeit, AC-Dosis, NIV-Trigger, AKI-Med-Review).
Simulation & Teamtraining	Interprofessionelle Szenarien: septischer Schock, STEMI/NSTEMI, Hochrisiko-PE, NIV-Versagen, Hyperkaliämie/AKI. Debriefing.
Audit & Feedback	Monatliche Kennzahlen: AB≤60 min bei Sepsis, ECG≤10 min, dokumentierte VTE-Prophylaxe, AKI-Dosisanpassung, Reversal/Restart-Plan.
Kompetenznachweise	Logbuch (kritische Entscheidungen), Mini-CEX/DOPS, strukturierte Fallreviews; jährliche Re-Zertifizierung zentraler Algorithmen.

Rahmenbedingungen: Was Leitlinien-Implementierung benötigt

Leitlinienwissen wird erst dann wirksam, wenn Prozesse und Systeme es unterstützen: niedrigschwelliger Zugriff, Standardpfade, klare Verantwortlichkeiten und Zeit für Training.

- Verfügbare Entscheidungshilfen am Point-of-Care: digitale Kurzpfade, Taschenkarte, EHR-Links, standardisierte Order-Sets.

Prof. Dr. M. Buerke, F. Bennett, Februar 2026

- Diagnostik- und Therapie-„Zeitfenster“ organisatorisch absichern (z. B. Blutkultur-Set, AB-Start, ECG, CT/CTA, Echo).
- Interprofessionelle Eskalationswege: Sepsis-/PE-/Stroke-Alarm, definierte Senior-Response, klare Konsil- und HKL-Schnittstellen.
- Medikationssicherheit: Renal-Dosierung, Antikoagulation/Antiplättchen, Interaktionen; klinische Pharmazeut:innen/Stewardship integrieren.

Fazit und Forderungen (BDI)

Die 10 häufigsten Fehlstellen sind kein individuelles Versagen, sondern Systemeffekte. Ein kompakter, messbarer Implementationsansatz kann Sicherheit und Effizienz gleichzeitig erhöhen.

- BDI empfiehlt ein nationales „Leitlinienwissen kompakt“-Curriculum für Akutstation/IMC/ITS mit Kernalgorithmen und Re-Zertifizierung.
- Krankenhäuser sollten Order-Sets, Trigger und Eskalationspfade verbindlich implementieren (Sepsis/ACS/PE/Stroke) – inklusive Verantwortlichkeit.
- Qualitätsindikatoren müssen transparent sein (Zeitmarker, Prophylaxe-Rate, Dosierungsfehler, Reversal/Restart-Dokumentation).
- Geschützte Lernzeit, Simulation und Supervision sind Patientensicherheits-Tools – nicht „Nice-to-have“.
- Interprofessionelle Unterstützung (Pflege, Atemtherapie, Pharmazeutik, Radiologie) strukturiert einbinden, um Zeitfenster sicher zu erreichen.

Literatur (Auswahl)

1. AWMF-Register Nr. 079-001. S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge (aktuelle Version).
2. Surviving Sepsis Campaign. International guidelines for management of sepsis and septic shock (aktuelle Version).
3. European Society of Cardiology (ESC). Leitlinie zum Management akuter Koronarsyndrome (ACS) ohne persistierende ST-Hebung (aktuelle Version).
4. European Society of Cardiology (ESC). Leitlinie zur akuten Lungenembolie und zur Risikostratifikation (aktuelle Version).
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (jährliches Update).
6. KDIGO. Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury (AKI) (Guideline und Updates).
7. European Stroke Organisation / Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft. Empfehlungen zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (aktuelle Version).
8. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Management akuter gastrointestinaler Blutungen und Antithrombotika (aktuelle Version).

Kontakt:

Prof. Dr. M. Buerke, Siegen, mbuerke@gmail.com, Vorsitzender der BDI-AG Internist:innen im KH
Bitte Vorschläge, Themen etc an uns. Wir freuen uns über Mitarbeit