

Vermeidbare Schäden bei Worst-Case-Diagnosen



Die TK-Patientensicherheits-Signale sollen dazu anregen, offen über kritische oder sicherheitsrelevante Ereignisse im Behandlungsverlauf zu sprechen. Sie basieren auf realen anonymisierten Fällen in der TK-Versicherten-Population. Diese Erfahrungen wollen wir mit den Behandlungs-Teams teilen. Ziele sind ein konstruktives Lernen aus kritischen Ereignissen und ein Ausbau einer positiven Sicherheitskultur.

Thema:

Nicht rechtzeitige oder unzureichende Diagnosestellung und Therapie bei schwerwiegenden Erkrankungen (sog. «Worst-Case-Diagnosen»)

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind viele Fallberichte zu «nicht rechtzeitiger oder unzureichender Diagnosestellung bei schwerwiegenden Erkrankungen («Worst-Case-Diagnosen»）」 eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Bei diesen Diagnosefehlern handelt es sich um sehr kritische sowie vermeidbare Ereignisse, die zu gravierenden Folgen und Schäden für Patienten aufgrund von nicht rechtzeitiger und adäquater Behandlung bzw. Therapie führen können. Dies ist besonders kritisch bei «Worst-Case-Diagnosen», die zwingend eine unmittelbare Diagnose und adäquate sowie zeitnahe Intervention erfordern.

Nicht nur könnten bei Patienten und Angehörigen schwerwiegende Schäden oder Folgen verhindert werden, auch für das medizinische Fachpersonal sind solche gravierenden Fehler oft einschneidende Ereignisse mit Folgen in Richtung «Second Victim» und ggf. medikolegalen Konsequenzen.

Durch eine rechtzeitige Diagnosestellung, angemessene Anamnese und Diagnostik und daraus abgeleiteten Therapiemaßnahmen könnten viele schwerwiegende Folgen erheblich reduziert werden. Aus diesem Grund erfolgt mit der vorliegenden Information eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik.

Was sind «Worst-Case-Diagnosen»?

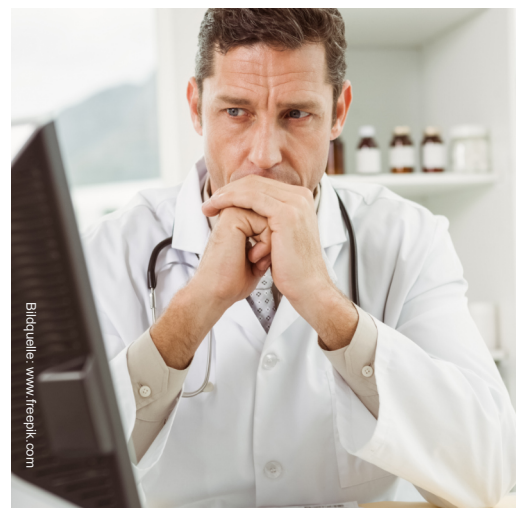
Zu «Worst-Case-Diagnosen» gehören nach unserer Definition alle besonders kritischen Erkrankungen, die unabhängig von Alter und Vorerkrankungen auftreten können und zwingend unmittelbar erkannt und behandelt werden müssen, um schwerste Schäden zu vermeiden und das Überleben des Patienten zu sichern.

Hier gibt es je nach Fachgebiet grundsätzlich verschiedene Diagnosen, einige davon liegen als Schadenfallmeldungen bei der TK vor. Beispielhaft seien hier genannt:

- › Sepsis
- › Schlaganfall (Ischämie oder Blutung)
- › Herzinfarkt
- › HELLP-Syndrom in der Schwangerschaft
- › Thrombosen und Embolien
- › Extrauterin gravidität
- › Endokarditis
- › Appendizitis/Tonsillarabszess u.a. akute Infektionen
- › Aortendissektion
- › Akute Leukämien

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich)
- › Alle Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Schwerpunkt ärztliches und pflegerisches Personal)
- › Allgemeine Bevölkerung: Angehörige und Patienten im Sinne von größer angelegten Informationskampagnen (wie z.B. Sepsis-Kampagne «Deutschland erkennt Sepsis»)



Mögliche Faktoren für Worst Case Diagnosefehler («Fallstricke»):

Aus unserer Sicht führen folgende, oft im Bereich menschlicher Faktoren (Human Factors) verwurzelte Aspekte zu fehlender Worst-Case-Diagnosestellung:

- › Fixierungsfehler auf eine weniger schwerwiegende Diagnose
- › Nichtbeachtung eines vorhandenen «schlechten Bauchgefühls» (sense of unease)
- › Kein systematischer Ausschluss von Worst Case Diagnosen
- › Mangelnde Reevaluation der Diagnose, trotz Erkennen, dass bestimmte Symptome oder Untersuchungsergebnisse nicht in bekannte Muster passen (Missachtung von Red Flags)
- › Sorgen von Patienten («So starke Kopfschmerzen hatte ich noch nie»), Angehörigen («Meine Mutter gefällt mir aber gar nicht, sie war noch nie so schlapp...») oder Eltern («So krank hab ich mein Kind noch nie erlebt») werden nicht ernst genommen
- › Die Umstände lassen die Diagnose unwahrscheinlich erscheinen (junges Alter, keine Vorerkrankungen, untypische Präsentation)

Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Die Versicherte suchte in der 29+2 SSW das Krankenhaus aufgrund von Wasseransammlungen und Kurzatmigkeit auf. Die Versicherte wurde jedoch noch am selben Tag nach einer Ultraschalluntersuchung entlassen. In der Nacht zum xxx verlor die Versicherte ihr Kind aufgrund einer vorzeitigen Plazentaablösung. Es erfolgte eine Notoperation, nach welcher sie auf der Intensivstation betreut wurde. Aufgrund innerer Blutungen wurde dann eine weitere Operation notwendig. Es wird vermutet, dass durch eine stationäre Aufnahme und damit verbundener Überwachung und weiterer Untersuchungen der Versicherten und des Fetus, der Tod des Ungeborenen und die Schäden der Versicherten hätten verhindert werden können.

Fall 2: Die Mutter unseres Versicherten stellte sich im Krankenhaus in der 34 SSW als Risiko schwangere mit Zwillingen mit seit Tagen bestehender, teilweise sehr ausgeprägter Übelkeit mit Erbrechen vor. Es wurde ein CTG geschrieben, die Herzfrequenz der Zwillinge wurde als normal eingestuft. Der Blutdruck der Versicherten betrug systolisch 169mmHg. Ihr wurde Vomex und Presinol verabreicht und sie wurde nach Hause entlassen. Trotz der klinischen Symptome und vorliegender Risikofaktoren wurde auf weitere Untersuchungen verzichtet, ein HELLP-Syndrom wurde übersehen. Letztendlich wurde dann einige Tage später eine Notsectio durchgeführt. Das Fruchtwasser war aufgrund der Vergiftung bereits stark dunkelgrün. Beide Föten wurden im schlaffen Zustand reanimationspflichtig geboren.

Die Reanimation des zweiten Kindes wurde nach 35 Minuten erfolglos beendet. Das andere Kind ist aufgrund des Sauerstoffmangels stark geschädigt.



Fall 3: Da keine Einschmelzungen (Eiter) der Lymphknoten erkennbar waren, die Laborwerte eher gegen eine bakterielle Infektion sprachen, war die Fokussierung auf die EBV-Infektion (akute Infektiöse Mononukleose / Pfeiffersches Drüsenfieber) vertretbar. Es erfolgte keine Information zum negativen EBV-Titer. HA übernahm die „Fehldiagnose EBV-Infektion“ ohne Rückfrage zum EBV-Titer. Es wurde auch kein CRP - Schnell - Test angefertigt, obwohl die Schwellung weiter zugenommen hatte und konstant hohes Fieber bestand, um etwa eine bakterielle Genese zu demaskieren. Das Kind wurde auch nicht ins Krankenhaus eingewiesen. Bei der Schwere der Erkrankung wäre dies notwendig gewesen. Auf mütterliche Initiative erfolgte die erneute WV in der AS. Es zeigte sich hochgradiger Verdacht auf Peritonsillarabszess. CRP 118 mg/l und Leukozyten 33.000 Im MRT Parapharyngealabszess mit nachfolgend sofortiger Notfallspaltung durch die HNO.

Fall 4: Schlaganfall bei jungem Patienten wurde nicht rechtzeitig erkannt. An der anfänglichen Fehleinschätzung einer Cannabiswirkung als Ursache der zur Aufnahme führenden Symptomatik wurde festgehalten; auch bei anhaltender fokaler linkshirniger Symptomatik wurde die erforderliche weiterführende Diagnostik nicht vorgenommen. Es lagen bei dem 26-jährigen Patienten ein Taubheitsgefühl der rechten Extremitäten und Sprachstörungen vor. Weder der medizinische Standard zur Diagnostik und Behandlung einer akuten neurologischen Symptomatik, noch die gebotene Sorgfalt bei Anamneserhebung und Befunderhebung wurden eingehalten.

Fall 5: Unzureichende Diagnostik bei dringendem Verdacht auf Appendizitis. In der ex ante Betrachtung stellt sich die Frage, warum während der ambulanten Nachkontrolle bei anhaltend hohem Fieber und immer wieder Schmerzen im Bereich der rechten Flanke keine Indikation zu einer notfallmäßigen CT-Abdomen-Untersuchung gestellt wurde.

Fall 6: Septisches Krankheitsbild nach Dekompressionsoperation nicht erkannt und nicht revidiert, trotz lokaler Voroperationen und schweren systemischen Begleiterkrankungen (Dekompressionsoperation an der LWS mit zweisegmentaler Verblockung). Beginnend zwei Wochen nach der Operation kommt es zum septischen Krankheitsbild mit Nierenversagen und Lungenversagen. Ein Wundinfekt der OP-Region wird trotz eindeutiger klinischer und hinweisender Zeichen der Bildgebung nicht erkannt und revidiert, so dass es rund vier Wochen nach der Operation zum Tod im septischen Organversagen kommt. Es liegt ein Behandlungsfehler vor.

Fall 7: Bei der stationären Aufnahme wurden die Maßnahmen, die zum Ausschluss einer Endokarditis zu fordern sind, nicht ausreichend eingehalten. Der Patient hatte zumindest vorübergehend Fieber, CRP war deutlich erhöht, ebenso das Calcitonin. Eine Blutkultur zeigte *Enterococcus faecalis*, zusätzlich wurde kürzlich ein Fremdkörper in den Blutkreislauf implantiert (ICD mit Sonde im rechten Ventrikel). Aufgrund der Befunde (Entzündungszeichen, positive Blutkultur, kürzliche Implantation eines Fremdkörpers) war die konsequente Bestätigung bzw. der Ausschluss einer Endokarditis zwingend erforderlich. Glücklicherweise sind durch die weiteren konsequenten Maßnahmen keine bleibende Schäden entstanden.



Anregungen zur Überprüfung:

- › Wie stellen Sie in Ihrer Einrichtung sicher, dass («Worst-Case») Diagnosen bzw. kritische Krankheitsbilder rechtzeitig erkannt werden? Welche Sicherheitsbarrieren existieren?
- › Liegt eine fachgebietspezifische Kriterienliste mit möglichen Symptomen und Diagnoseschritten zum rechtzeitigen Erkennen von «Worst-Case-Diagnosen» bzw. kritischen Krankheitsbildern vor (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Sepsis, HELLP)?
- › Welche gezielten Fragen werden Patienten direkt zu Aufnahmebeginn zum Ausschluss von «Worst-Case-Diagnosen» gestellt?
- › Sind die Warnhinweise für «Worst-Case-Diagnosen» bzw. kritischen Krankheitsbildern allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt bekannt? («Red flags»)
- › Wie wird das Personal hinsichtlich Diagnostik und Erkennen von kritischen Krankheitsbildern («Worst-Case-Diagnosen») geschult bzw. sensibilisiert? Wie oft werden Schulungen durchgeführt?
- › Wie wird in Ihrer Einrichtung bei jedem Patienten (insbesondere bei jungen Patienten ohne relevante Vorerkrankungen) eine angemessene Anamnese sowie passende Basisdiagnostik in Bezug auf Worst-Case-Diagnosen sichergestellt und ggf. von erfahrenen Kollegen überprüft?
- › Wie wird sichergestellt, dass Laborwerte sowie Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren bei alarmierenden pathologischen Ergebnissen zeitnah bekannt und berücksichtigt werden?
- › Wie stellen Sie sicher, dass die Mitarbeitenden, welche Entscheidungen treffen (z.B. Entlassung) über ausreichende Erfahrung und Wissen im Bezug auf Worst-Case-Diagnosen verfügen, bzw. die Entscheidungen nicht alleine treffen?
- › Werden Sorgen von Patienten («So starke Kopfschmerzen hatte ich noch nie»), Angehörigen («Meine Mutter gefällt mir aber gar nicht, sie war noch nie so schlapp...») oder Eltern («So krank hab ich mein Kind noch nir erlebt») ernst genommen und ggf. erneut und erweitert abgeklärt?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu nicht rechtzeitig erkannten kritischen Krankheitsbildern? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche zuverlässigen systematischen Maßnahmen abgeleitet?

Weiterführende Links/Literatur:

https://www.fmh.ch/files/pdf8/GLP_Diagnose_und_Indikation_als_Schlsseldimension_der_Qualitt_SAEZ_Nr._41_20122.pdf

https://thieme-compliance.de/fileadmin/user_upload/jbeitraege/Februar_2021_Schwerdtfeger_Unzureichende_Anamnese_und_fehlende_Basisdiagnostik_als_grober_Behandlungsfehler_zu_werten.pdf

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1527-2517>

<https://ihr-anwalt.com/blog/diagnosefehler-oder-unterlassene-befunderhebung/>

APS Handlungsempfehlung zur Durchführung von Fallanalysen:

<https://www.aps-ev.de/hempfehlungen/fallanalyse/>

Goyder CR, Jones CH, Heneghan CJ, Thompson MJ. Missed opportunities for diagnosis: lessons learned from diagnostic errors in primary care. Br J Gen Pract. 2015 Dec;65(641):e838-44. doi: 10.3399/bjgp15X687889.



Bisher erschienene TK-Patientensicherheits-Signale:

- › TK-PSS Nr. 1: Luft statt Kontrastmittel bei der Herzkatheteruntersuchung
- › TK-PSS Nr. 2: Misoprostol und Komplikationen bei Müttern und Kindern
- › TK-PSS Nr. 3: Fremdkörper im Patienten nach operativen Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 4: Verbrennungen von Patienten während Eingriffen
- › TK-PSS Nr. 5: Nicht rechtzeitiges Erkennen von Sepsis
- › TK-PSS Nr. 6: Überdosierung von Methotrexat
- › TK-PSS Nr. 7: Diagnosestellung bei „Worst-Case-Diagnosen“



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:
<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498>

Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Diese Informationen werden vom Beauftragten der TK für Patientensicherheit herausgegeben. Die TK-Patientensicherheits-Signale basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Jedes Jahr bearbeitet die TK tausende dieser Meldungen. Basis dieser TK-Patientensicherheits-Signale sind also reale Zwischenfälle, Komplikationen oder Patientenschäden, die in Zukunft besser vermieden werden sollen.

Mit dieser Information wollen wir unsere Erkenntnisse mit anderen Fachgruppen teilen. Wir wollen dazu beitragen, dass die angesprochenen Inhalte, Probleme und Gefahren geprüft werden, um ggf. Maßnahmen/Empfehlungen abzuleiten, damit die geschilderten Patientenschäden in Zukunft zuverlässig verhindert werden. Auch ein Austausch zu „Best Practice“ ist angestrebt. Das Expertenteam der TK freut sich auf Feedback und Austausch.

Hinweis: Die TK-Patientensicherheits-Signale hießen früher TK-Patientensicherheits-Informationen. Um Verwechslungen mit anderen Aktivitäten zu vermeiden, wurden sie in Signale umbenannt.



Kontakt für Rückmeldungen:

TK Beauftragter für Patientensicherheit

Hardy Müller
Bramfelder Str. 140
22301 Hamburg
Tel.: 040 6909 2439
E-Mail: Hardy.Mueller@tk.de

Für das Redaktionsteam:

Dr. med. Marcus Rall
Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit
gemeinnützige GmbH
InPASS - Institut für Patientensicherheit
und Teamtraining GmbH
August-Bebel-Str. 13
72762 Reutlingen
Tel.: 07121 1595800
E-Mail: marcus.rall@patientensicherheit.de

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



Deutsche Gesellschaft
für Patientensicherheit

inworks® Health Care



Bildquellen:
Bilder auf Seiten 02/03/04/07: www.freepik.com