

Eingriffsverwechslungen



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.

Eine Initiative der TK in Zusammenarbeit mit:



inworks® Health Care



Thema:

Eingriffsverwechslungen

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind Fallberichte zu «Eingriffsverwechslungen» eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Zu Eingriffsverwechslungen gehören während invasiven Interventionen die Verwechslung von Patienten, Seitenverwechslungen und/oder die Verwechslung des Eingriffsortes bzw. der Eingriffsart.

Eingriffsverwechslungen stellen in der Patientenversorgung ein besonderes und theoretisch vollständig beherrschbares Risiko dar und gehören zu den sogenannten «Never-Events». Es handelt es sich somit um sehr kritische und vermeidbare Ereignisse, die zu gravierenden Folgen für Patientinnen und Patienten führen können (u.a. erneut notwendige operative Eingriffe, verlängerte Verweildauer, konkrete Schädigung). Studien belegen, dass Eingriffs- und Patientenverwechslungen bei invasiven Eingriffen eine relevante Gefährdung der Patientensicherheit darstellen. Laut dem Bericht der Joint Commission aus dem Jahr 2022 zu kritischen Ereignissen sind Eingriffsverwechslungen das viertgrößte vermeidbare Problem im Gesundheitswesen (zu den drei größten vermeidbaren Problemen gehören: 1. Stürze, 2. Verzögerungen bei der Behandlung und 3. unbeabsichtigt zurückgelassene Fremdkörper).

Eingriffsverwechslungen können durch wirksame Sicherheitsbarrieren, wie z.B. das Einhalten von Checklisten, klar definierte Behandlungsabläufe, sorgsame Sicherheitschecks sowie eine achtsame und strukturierte Kommunikation und Dokumentation vermieden werden. Aus diesem Grund erfolgt mit der vorliegenden Information eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik, die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit aktuell auch in der Empfehlung «Vermeidung einer Eingriffsverwechslung» veröffentlicht wurde (s. Link) und eine wichtige Basis dieses TK Patientensicherheits-Signals darstellt.

Mögliche beitragende Faktoren:

Aus unserer Sicht führen folgende, oft im Bereich menschlicher Faktoren (Human Factors) verwurzelte Aspekte zu Eingriffsverwechslungen:

- › Fehlende oder unzureichende Kontrollen
- › Unstrukturierte bzw. unklare Kommunikation innerhalb des Teams und mit Patienten
- › Unzureichende aktive Einbindung des Patienten
- › Fehlende Standards und Checklisten
- › Unzureichende Dokumentation
- › Zu schnelle und hektische Handlungen aufgrund von Zeitdruck
- › Mangelnde Sorgfalt, ggf. auch durch Überlastung
- › Unzureichende Vorbereitung von Patienten

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich), die invasive Interventionen durchführen.
- › Alle Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Schwerpunkt ärztliches und pflegerisches Personal & Transportdienst).



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: OP am falschen Finger. Durch einen Handchirurg wurde an der rechten Hand aufgrund eines schnellenden Fingers operiert. Es sollte der Mittelfinger behandelt werden. Nach dem Eingriff fiel auf, dass der Ringfinger operiert wurde.

Fall 2: Eingriff auf falscher Seite durchgeführt. Bei der beanstandeten CT-gesteuerten Intervention wurde der zum Zeitpunkt der Durchführung geltende medizinische Standard bzw. die gebotene Sorgfalt nicht eingehalten. Begründung: Der Eingriff wurde auf der linken statt auf der rechten Seite durchgeführt.

Fall 3: Falscher Fuß operiert. Patient hatte eine symptomatische Knochenzyste des Os cuneiforme III am linken Fuß. Diese sollte operativ angegangen werden. Fehlerhaft erfolgte die OP aber am gesunden rechten Fuß!

Fall 4: Falsche Rückenwirbel operiert. Patientin hatte eine frische Kompressionsfraktur des BWK 12 mit deutlicher Höhenminderung, die mittels Kyphoplastie operiert werden sollte. Die OP lief augenscheinlich gut. Der Orthopäde stellte 2 Wochen später in der ambulanten Nachsorge fest, dass der eigentlich intakte BWK 11 mit Kyphoplastie versorgt wurde und der BWK 12 weiterhin eine sehr starke Höhenminderung hatte bzw. gar nicht versorgt wurde. Es musste eine umgehende weitere OP erfolgen, bei der der BWK 12 nicht mehr komplett aufgerichtet werden konnte (zwischenzeitlich knöchern in Fehlstellung konsolidiert) und damit dauerhafte Schmerzen und leichte Plegien bestehen. Laut Gutachten hätte der korrekte Wirbel problemlos beim ersten Eingriff erkannt werden können und müssen. Weiterhin erfolgte keine Bildwandlerkontrolle und keine direkte postoperative Röntgenkontrolle, wodurch der Fehler nicht zeitnah erkannt wurde.

Fall 5: Verwechslung von Röntgenbildern. Bei einem Patienten wurden nach einem Unfall Röntgenaufnahmen vom Handgelenk gemacht. Zur Therapieplanung wurden jedoch fälschlicherweise die Röntgenbilder eines anderen Patienten herangezogen. Dadurch entsprach die Behandlung nicht dem tatsächlichen Krankheitsbild des Patienten. Dies führte zu einer Ausheilung des Knochenbruches in Fehlstellung. Bei dem Patienten kam es dadurch zu dauerhaften Beschwerden und einer eingeschränkten Beweglichkeit des Handgelenks.

Fall 6: Patientin wurde am Knie operiert. Sie hatte rechts einen zweifachen Meniskusriß. Es wurde aber fehlerhaft das linke Knie operiert. Das linke Knie hat vorher keine Probleme gemacht.



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Das vorliegende Patientensicherheits-Signal fokussiert sich auf die zentralen Punkte zum allgemeinen Umgang mit dem Risiko Eingriffsverwechslungen, der Patientenidentifikation, dem aktiven Patienteneinbezug, der Eingriffsmarkierung sowie auf Schwerpunkte im perioperativen Prozess. Eine ausführliche Ausarbeitung mit konkreten Hinweisen zu allen beteiligten Prozessschritten von der Aufklärung bis zum Sign Out finden sich in der aktuellen Handlungsempfehlung des APS (s. Link unten).

Allgemeiner Umgang mit dem Risiko «Eingriffsverwechslungen»:

- › Ist das Risiko «Eingriffsverwechslungen» allen Mitarbeitenden bekannt? Wie wird das Personal hinsichtlich dieses Risikos geschult bzw. sensibilisiert? Sind typische Fehler bekannt und als Risiko identifiziert (richtiger Wirbel, richtige Seite, richtiger Zahn/Finger etc.)?
- › Existieren klinik- bzw. praxisinterne Richtlinien/Standards zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und zur Sicherstellung, dass der richtige Patient den richtigen Eingriff erhält? Welche Checklisten und Sicherheitsbarrieren existieren und finden Anwendung?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Eingriffsverwechslungen? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen wurden abgeleitet? Wie wird dies mit Patienten und Angehörigen kommuniziert?

›



Identifikationsprozess & aktiver Patienteneinbezug (relevant in allen Prozessschritten von der Aufklärung bis zum Sign Out!):

- › Erhalten Patienten bei geplanten Eingriffen und dem Identifikationsprozess eine aktive Rolle?
- › Werden Patienten wiederholt nach ihrer Identität und dem geplanten Eingriff sowie Eingriffsort befragt (von der Aufklärung bis zum Sign In)?
- › Welche Redundanzen gibt es und an welchen Schnittstellen erfolgen diese Kontrollen (von der Aufklärung bis zum Sign In)? Wie, wann, wie häufig und durch wen erfolgt die Kontrolle, ob es sich um den richtigen Patienten und richtigen Eingriff handelt, und wie werden diese dokumentiert?
- › Wie werden Patienten nach ihrer Identität befragt? Erfolgt dies durch offene Fragen (Wie heissen Sie? Wann wurden Sie geboren?)?
- › Wie, wann und durch wen werden Patientenidentifikationsarmbänder angelegt? Mit welchen Sicherheitsbarrieren wird sichergestellt, dass Patienten das korrekte Armband erhalten? Wie und wo können Armbänder ersetzt/nachgedruckt oder korrigiert werden?
- › Wie wird mit Patienten mit ähnlichen oder gleichen Namen umgegangen?
- › Wie erfolgt die Identifikation bei Patienten mit hohem Risiko für Probleme bei der aktiven Identifikation (z.B. fremdsprachige, demente, schwer kranke oder nicht ansprechbare Patienten, oder Kinder ohne Begleitperson)?
- › Wie wird sichergestellt, dass die richtigen Dokumente für den richtigen Patienten vorhanden sind?
- › Werden Patienten dazu ermutigt sich aktiv bei Auffälligkeiten zu melden oder wenn ihnen etwas komisch vorkommt («Speak Up»)?

Anregungen zur Prävention/Überprüfung (Fortsetzung):

Markierung Eingriffsort:

- › Wie genau, wann und durch wen wird die Eingriffsmarkierung durchgeführt?
- › Wie wird kontrolliert, dass es sich um den korrekten Eingriffsort handelt?
- › Wird der Patient hier aktiv eingebunden?
- › Werden eindeutig definierte Zeichen verwendet (z.B. Kreuz)?
- › Werden wischfeste Hautmarker ohne toxische Stoffe für die Markierung verwendet?
- › Wie wird damit umgegangen, wenn Patienten eine Eingriffsmarkierung verweigern?

Perioperativer Prozess:

- › Wie erfolgt die Überprüfung der Patientenidentität und die Richtigkeit des geplanten Eingriffs und Kontrolle der Eingriffsmarkierung in den folgenden Prozessschritten: Vor der Fahrt in den Eingriffsraum, Einschleusung, Zuweisung zum OP-Saal, Sign In, Lagerung und Team-Time-Out?
- › Welche Checklisten und Sicherheitsbarrieren finden an den jeweiligen Prozessschritten Anwendung?
- › Wie wird mit eventuellen Unklarheiten bzw. Abweichungen im Prozess umgegangen?
- › Wird der Prozess sofort gestoppt, wenn etwas unklar ist und erfolgt eine unmittelbare Klärung?

Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Vermeidung einer Eingriffsverwechslung:

https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Qualitaetssicherung/Patientensicherheit/Vermeidung_einer_Eingriffsverwechslung.pdf

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/07/2024_APS_HE-Eingriffsverwechselung.pdf

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Die APS-Never-Event-Liste:

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

C Gunkel, S Huckels-Baumgart, L Mehrmann, D Berning, C Thomeczek, Implementierungshandbuch: Handlungsempfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und OP-Checklisten, 2015, DOI 10.6101/AZQ/0000235.

Joint Commission of Accreditation of Health Care: Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery:

www.jointcommission.org/PatientSafety/UniversalProtocol

Patientensicherheit Schweiz, COM-Check – Sichere Chirurgie:

<https://patientensicherheit.ch/nationale-programme/implementierungsprogramme/com-check-sichere-chirurgie/>

Toolbox Eingriffsverwechslungen ÄZQ:

<https://www.aeqz.de/themen/archiv/patientensicherheit-online/high5s/toolbox-vermeidung-eingriffsverwechslungen>

World Health Organization, WHO Surgical Safety Checklist:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>

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“
- › TK-PSS Nr. 8: Einsetzen nicht geeigneter Intraokularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzureichender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Dekubitusprophylaxe



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:

[https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/
patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498](https://www.tk.de/techniker/gesundheit-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498)

Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) werden vom Beauftragten der TK für Patientensicherheit herausgegeben.

Diese Informationen basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. Jedes Jahr bearbeitet die TK tausende dieser Meldungen. Basis der TK-PSS sind also reale Zwischenfälle, Komplikationen oder Patientenschäden, die in Zukunft vermieden werden sollen.

Gemeinsam mit unseren Partnern DGPS und APS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert. Die TK-PSS sind ein Ergebnis dieser Kooperation.

Die gemeinnützige Deutsche Gesellschaft für Patientensicherheit DGPS gGmbH arbeitet eng mit medizinischem Fachpersonal aus dem

klinischen Risikomanagement zusammen. Die Alltags-Erfahrungen aus der Versorgungspraxis fließen so in die Analysen der Fälle ein. Weitere Infos unter www.patientensicherheit.de

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS e.V. ist die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit. Sie wird in der Kooperation von Philipp Rodenberg vertreten. Weitere Infos unter www.aps-ev.de

Mit dieser Information teilen wir unsere Erkenntnisse mit anderen Fachgruppen. 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 Spezialistin für Patientensicherheit

Dagmar Lüttel
Bramfelder Str. 140
22301 Hamburg
Tel. 040 – 6909 - 4101
dagmar.luettel@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:



inworks® Health Care



Bildquellen:
Seite 02, Motiv Auge: [@lenbr](http://www.freepik.com) | Seite 04, Motiv Hände Herz: www.freepik.com