

Schadensfallmeldungen im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung



TK
Die
Techniker

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:



Thema:

Schadensfallmeldungen im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung eingegangen (siehe reale Fallbeispiele unten). Die Fälle weisen eine grosse Vielfalt bezüglich der auftretenden Risiken bzw. Schadensfolgen auf. Es handelt sich um teils sehr kritische und vermeidbare Ereignisse im Rahmen der Patientenversorgung, die zu Folgeschäden für Patientinnen und Patienten führen können. Mögliche Folgen sind u.a. ein erhöhtes Infektionsrisiko, Schmerzen, eine verlängerte Behandlungsdauer, das Auftreten einer Sepsis, Verwechslung von Zähnen bei der Extraktion bzw. Behandlung, der Verbleib von Teilen im Kiefer/Zahnfleisch (zurückgelassene Fremdkörper) und dadurch erneut notwendige Eingriffe bzw. Behandlungen.

Diese kritischen Ereignisse sind meist vermeidbar und könnten durch systematische Sicherheitschecks vor, während und nach der Zahnarztbehandlung reduziert werden. Eine spezielle «Never-Event»-Liste für die Zahnmedizin wurde vor einigen Jahren definiert und im British Dental Journal veröffentlicht («Never Events» sind definiert als «kritische Ereignisse, die nicht passieren dürfen und bei entsprechender Sorgfalt vermeidbar sind.»). Grundsätzlich ist das Thema Patientensicherheit und Schadensfälle in der Zahnmedizin gleichermaßen relevant wie in der Humanmedizin. Mit der vorliegenden Information erfolgt eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik.

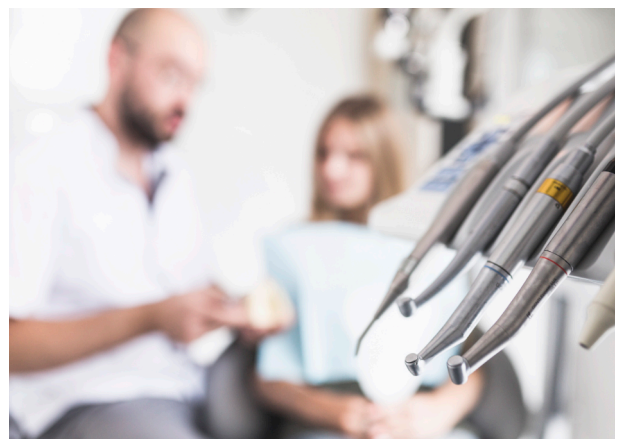
Mögliche beitragende Faktoren:

Aus unserer Sicht führen folgende, oft im Bereich menschlicher Faktoren verwurzelte Aspekte, zu Schadensereignissen im Bereich der zahnmedizinischen Behandlung:

- › Fehlende oder unzureichende Kontrollen
- › Zu schnelle und hektische Handlungen aufgrund von Zeitdruck
- › Müdigkeit und Überlastung
- › Mangelndes Training und Kompetenzen (bzw. fehlende Überwachung durch erfahrenes Personal)
- › Unzureichende Vorbereitung der Behandlung und Überwachung von Patientinnen und Patienten
- › Mangelnde Sorgfalt / Keine Nutzung von Checklisten
- › Materialmängel

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken und Zahnarztpraxen, in denen eine zahnmedizinische Behandlung stattfindet.
- › Alle Mitarbeitende im Bereich der Zahnmedizin (Schwerpunkt zahnärztliches Personal und zahnmedizinische Fachangestellte).



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Schäden im Gebiss durch Abdruck: Als Folge einer fehlerhaft durchgeführten Abdrucknahme durch eine nicht hinreichend qualifizierte / instruierte zahnmedizinische Fachangestellte ist es zu erheblichen Schäden im Gebiss einer Patientin gekommen. Der in § 1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz vorgesehene Rahmen für die Delegation von Tätigkeiten an zahnmedizinische Fachangestellte wurde nicht eingehalten. Der behandelnde Zahnarzt hat somit gegen die Behandlungspflicht verstoßen.

Fall 2: Falscher Zahn mit Kette eingebunden: Der Kieferchirurg sollte bei einer sehr jungen Patientin die Eckzähne im Oberkiefer freilegen und mit einer Kette einbinden (Beginn einer Kieferorthopädischen-Behandlung). Der Eingriff erfolgte unter Vollnarkose. Statt Zahn 13 wurde der Zahn 14 mit der Kette eingebunden. Laut Gutachten ein voll beherrschbares Risiko. Der Fehler wurde erst nach einem Monat bemerkt und in einem weiteren Eingriff musste die Kette vom falschen Zahn entfernt werden. Der korrekte Zahn wurde nicht mehr eingebunden. Die Prognose ist unklar.

Fall 3: Backenzahn statt Weisheitszahn gezogen: Es kam zu einer irrtümlichen Extraktion eines gesunden Backenzahnes aus einer geschlossenen Zahnreihe. Dies stellt eine Sorgfaltspflichtverletzung dar, ggf. mit gesundheitlich relevanten Folgen.

Fall 4: Schwerer Hirnschaden durch Sauerstoffmangel: Bei einem Patienten wurden in einer Zahnarztpraxis vier Weisheitszähne unter Vollnarkose entfernt. Die anästhesiologische Behandlung wurde von einem angestellten Anästhesisten durchgeführt. Der Patient erwachte in der Zahnarztpraxis über mehrere Stunden nicht aus der Narkose. Erst nach mehreren Stunden erfolgte ein Rettungstransport in ein Krankenhaus, obwohl in der Zahnarztpraxis keine Möglichkeiten einer Diagnostik und Behandlung bestand. Im Krankenhaus wurde eine hypoxische Enzephalopathie diagnostiziert. Bei der Übergabe ans Krankenhaus informierte der Anästhesist die nachbehandelnden Ärzte nicht korrekt über den Verlauf in der Praxis. Es wurde zusätzlich festgestellt, dass im Anästhesieprotokoll fehlerhafte und unvollständige Angaben enthalten waren.



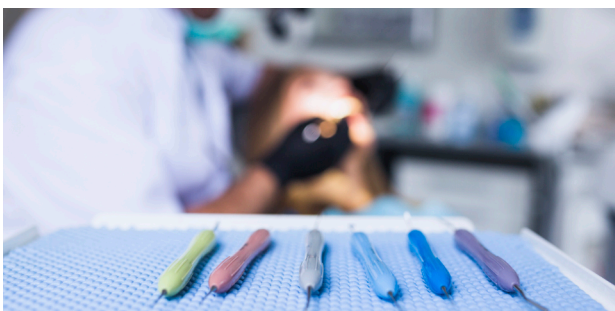
Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 5: Ausbreitung einer Abszessbildung mit Sepsis: Die Patientin hätte über die Risiken und möglichen Komplikationen einer Zahnextraktion im Vorfeld aufgeklärt werden müssen. In der Akte der Patientin ist bezüglich der Aufklärung lediglich "Aufklärung +Zettel" dokumentiert. Der Aufklärungsbogen über die bevorstehende Zahnextraktion liegt zur Begutachtung nicht vor. Auch über das Verhalten nach einer Zahnextraktion ist in der Akte nichts vermerkt, obwohl der behandelnde Zahnarzt dazu gesetzlich verpflichtet ist. Die Folge war: Die Ausbreitung einer Abszessbildung mit Sepsis und eine stationäre Intensivbehandlung.



Fall 6: Kieferhöhleneröffnung nicht erkannt: Nach einer Zahnextraktion von Zahn 27 und 28 wurde die Kieferhöhleneröffnung nicht erkannt. Die fehlende Abdeckung der Mund-Antrum-Verbindung stellt einen Verstoß gegen medizinische Standards dar. Es entwickelte sich in der Folge eine Kieferhöhleninfektion, wodurch operative und antibiotische Behandlungen der Kieferhöhleninfektion notwendig wurden. Da die Beschwerden nach der ersten Operation in der HNO-Klinik weiter bestanden, wurden weitere operative Maßnahmen erforderlich.

Fall 7: Nicht sachgerechte Wurzelkanalbehandlung (WKB): Die Patientin hatte Beschwerden am Zahn 37. Eine Kariesentfernung mit Füllung brachte keine Besserung. Laut Gutachten war die WKB an 37 eine indizierte Maßnahme, die zeitgerecht, aber nicht sachgerecht erbracht wurde. Es wurden Längenmessungen als Befunderhebung unterlassen. Dadurch reichten die erforderlichen Aufbereitungslängen sowie die Wurzelfüllungen nicht bis zum Abszess. Somit entspricht die WKB an Zahn 37 nicht dem zahnärztlichen Standard. In der Folge kam es zu einer eitrigen apikalen Ostitis mit Schmerzen und der Revision der WKB bei einem anderen Zahnarzt.



Fall 8: Brückenpfeiler ohne Röntgenbilder: Der Gutachter stellt fest, dass für die Planung der Inlay-Brücke zum Ersatz des Zahnes 27 keine Röntgenbilder vorgelegt wurden. Eine fehlende Bildgebung ist als schwerwiegend einzustufen, da die Bewertung der geplanten Brückenpfeiler ohne Röntgenbilder nicht möglich war. Dies entspricht einer unbegründeten Abweichung vom Standard und ist nicht nachvollziehbar. Dem Zahnarzt hätte im Vorfeld klar sein müssen, dass eine Zirkonoxidbrücke mit Inlaypfeilern als Versorgung nicht geeignet sind. Es lagen zu diesem Zeitpunkt keine validen Daten über die Versorgung vor und es fehlte eine Freigabe durch die Hersteller. Aufgrund der Härte des Materials war dieses für den Patienten nicht geeignet, da der Patient wegen Knirschen ein Aufbissbehelf nutzte. Es kam zum mehrfachen Bruch mit anschließender Neuanfertigung des Zahnersatzes. Dazu mussten Pfeilerzähne jedes Mal präpariert werden. Die Brückenpfeiler mussten wurzelkanalbehandelt werden und gingen verloren. Zusammenfassend entsprechen damit die Planung, Ausführung und Versorgung nicht den damaligen Standards. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit führte dies zum Verlust der Pfeilerzähne der bemängelten Brücke. Dies führte für den Patienten zu einem kritischen Behandlungsverlauf, finanziellen Aufwand und dauerhaften medizinischen Schaden, der ursächlich auf die fehlerbehaftete Behandlung zurückzuführen ist.

Fall 9: Fehlerhafte Entfernung eines bleibenden Backenzahnes: Der rechte, bleibende zweite kleine Backenzahn war bei der Patientin nicht angelegt. Für diese Region wurde ein kieferorthopädischer Lückenschluss beabsichtigt. Fehlerhaft wurde dann der falsche Zahn entfernt (Zahn 46 statt dem Milchzahn 85).

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

- › Wie erfolgt die Aufklärung der Patienten und die Dokumentation dazu?
- › Wie werden Patientinnen und Patienten über eventuelle Risiken und Symptome nach der Behandlung informiert (z.B. Infektionen)?
- › Was wird für die Prophylaxe von Infektionen gemacht? Wie häufig tritt eine Infektion bei Patientinnen und Patienten als Folge einer Zahnarztbehandlung in Ihrer Einrichtung auf?
- › Sind besonders risikobehaftete Abläufe bzw. Prozesse definiert?
- › Wie wird sichergestellt, dass der richtige Zahn behandelt bzw. entfernt wird? Wie und durch wen erfolgt ein finaler Check?
- › Wie werden Materialprobleme erfasst und wie wird mit diesen Problemen umgegangen?
- › Wie oft kam es in Ihrer Praxis bzw. Klinik bereits zu Schadensfällen bei der zahnmedizinischen Behandlung? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen wurden abgeleitet? Wie wurde dies den Patientinnen und Patienten kommuniziert?
- › Ist das Risiko der hier genannten Schadensfälle allen Mitarbeitenden in Ihrer Zahnarztpraxis bzw. -klinik bekannt? Wie wird das Personal hinsichtlich dieses Risikos bzw. zum Thema Patientensicherheit geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie und wo werden Fehler bzw. Schadensfälle in Ihrer Einrichtung systematisch erfasst und wie werden diese bearbeitet? Wie erfolgt die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen?

Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

Infos und Links der Bundeszahnärztekammer zu Sicherheit

<https://www.bzaek.de/berufsausuebung/qualitaet/patientensicherheit.html>

Statement Bundeszahnärztekammer zu Sicherheit in der Zahnmedizin

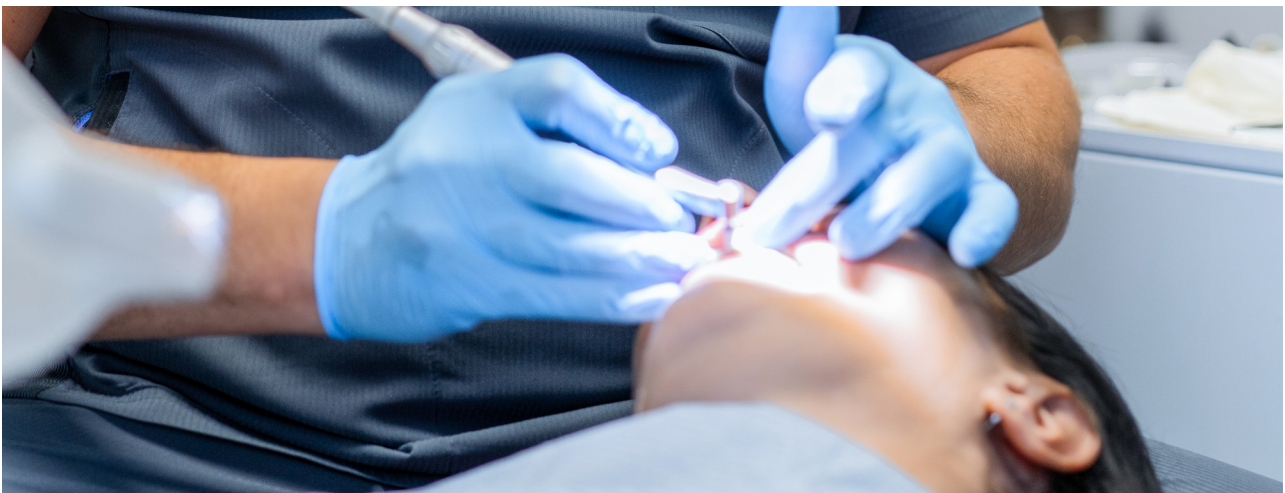
<https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/patientensicherheit-in-der-zahnmedizin.html>

Sicherheits-Checkliste für Zahn-OPs

https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/3.zahn-op_D.pdf

Erste «Never Events»-Liste für Zahnärzte

<https://www.zwp-online.info/zwpnews/dental-news/branchenmeldungen/patientensicherheit-erste-never-events-liste-fuer-zahnaerzte>



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
- › TK-PSS Nr. 11: Verbleib von Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper
- › TK-PSS Nr. 12: Eingriffsverwechslungen



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:

<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-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 Patienten-
sicherheit 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:

Seite 02, Motiv Auge: www.freepik.com @lenbr | Seite 04, Motiv Hände Herz: www.freepik.com