

Erhöhung der Sicherheit während der Schwangerschaft



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:



Deutsche Gesellschaft
für Patientensicherheit



Thema:

Erhöhung der Sicherheit während der Schwangerschaft durch die Reduktion von (Diagnose-)Fehlern

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu Fehlern während der Schwangerschaft eingegangen (siehe reale Fallbeispiele auf Seite 3). Die Fehler stehen im Zusammenhang mit unterlassener, verspäteter, falscher oder kontraindizierter Behandlung sowie unzureichender Diagnostik bei Schwangeren. Es handelt sich hierbei um kritische und vermeidbare Ereignisse in der pränatalen Phase, die zu erheblichen Folgeschäden für Mutter und Kind geführt haben. Die Fehler traten u.a. im Zusammenhang mit Verordnung von kontraindizierter Medikation, Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Eileiterschwangerschaft, sowie Überwachung bei kritischem Verlauf auf.

Um Fehler in der Schwangerschaft sowie in der pränatalen Phase zu reduzieren, ist es zentral, dass Entscheidungen zur Diagnostik und Behandlung innerhalb des gynäkologischen Teams im Hinblick auf mögliche Auswirkungen bzw. Risiken kritisch überprüft werden. Durch eine sorgfältige Anamnese, Diagnosestellung und angemessene Behandlung könnten viele schwerwiegende Folgen während der Schwangerschaft reduziert werden. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangenen Fallberichte während der Schwangerschaft und Hinweise zur Prävention.

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Geburtshilfe (ambulanter und stationärer Bereich)
- › Alle Mitarbeitenden im Bereich der Geburtshilfe (Schwerpunkt Hebammen, sowie ärztliches und pflegerisches Personal)



Mögliche Faktoren für Fehler in der Schwangerschaft («Fallstricke»):

Die Ursachen für Fehler in der Schwangerschaft können sehr vielfältig sein. Grundsätzlich können alle an der pränatalen Phase beteiligten Personen, Geräte und Verfahren zu Fehlern beitragen. Häufige Fehlerquellen können sein:

- › Unzureichende Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams
- › Unzureichende Kommunikation mit den Patientinnen
- › Unzureichende Anamnese, Diagnostik und/oder Untersuchung der Schwangeren (zu enger Fokus)
- › Falsche Interpretation der erhobenen Befunde (nicht beachtete Differentialdiagnose)
- › Zu frühe Fokussierung auf eine Verdachtsdiagnose oder einzelne Symptome (Fixierungsfehler)
- › Kein systematischer Ausschluss von bestimmten Diagnosen, wie z.B. Präeklampsie, HELLP-Syndrom, arterielle Hypertonie, Eklampsie (vor allem **Worst-Case-Diagnosen siehe auch PSS 7**)
- › Nichtbeachtung eines vorhandenen «schlechten Bauchgefühls» im Sinne «Irgendetwas stimmt hier nicht/ist hier komisch/anders als sonst üblich.»
- › Mangelnde Re-Evaluation der Diagnose, trotz Erkennen, dass bestimmte Symptome oder Untersuchungsergebnisse bei der Schwangeren nicht in bekannte Muster passen (Missachtung oder Fehlinterpretation von Warnzeichen)
- › Nichterkennen von Verfahrens- oder Messfehlern (z.B. **bei CTGs siehe hierzu auch PSS 15**)
- › Sorgen von Schwangeren («Irgendetwas stimmt nicht mit mir und meinem Baby») werden nicht ernst genug genommen bzw. führen nicht zu einer vertieften Diagnostik/Re-Evaluation
- › Die Umstände lassen die Diagnose unwahrscheinlich erscheinen (junges Alter, keine Vorerkrankungen, untypische Symptome bzw. Anzeichen)



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Verordnung von Ibuprofen trotz Kontraindikation in der 32. Schwangerschaftswoche. Im vorliegenden Fall erfolgte die Verordnung von Ibuprofen in der 32. Schwangerschaftswoche, obwohl die Einnahme im letzten Schwangerschaftsdrittel kontraindiziert ist. Dies führte zu gefährlichen Kontraktionen des Ductus arteriosus, die das Leben des ungeborenen Kindes gefährdeten. Aus diesem Grund wurde in der 35. Schwangerschaftswoche ein Kaiserschnitt vorgenommen und das Kind musste aufgrund der Frühgeburt etwa zehn Tage länger im Krankenhaus stationär überwacht werden.

Fall 2: Präeklampsie nicht erkannt. Die Risiken einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie wurden bei der Mutter und ihrem Kind nicht erkannt. Notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen wurden nicht ergriffen. Auf Grund der vorliegenden Befunde ist davon auszugehen, dass die Kriterien einer Präeklampsie erfüllt waren und diese eine stationäre Aufnahme begründet hätten. Die durchgeführten Untersuchungen erscheinen defizitär und die veranlassenen Laboruntersuchungen wurden fälschlicherweise als unauffällig interpretiert. Durch das Erkennen einer vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta und die rasche Einleitung einer Sectio konnte die Minderversorgung des Kindes auf einen sehr kurzen Zeitraum reduziert werden. Durch die sofortige neonatologische Versorgung resultierten reversible Beeinträchtigungen, die durch die eingeleiteten Maßnahmen rasch kompensiert werden konnten. Eine vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta kann bei Mutter und Kind zu einem relevanten, mitunter lebensbedrohlichen Blutverlust führen.



Fall 3: HELLP-Syndrom nicht erkannt. Eine Risikoschwangere mit Zwillingen (34. SSW) wurde trotz schwerer Übelkeit/Erbrechen und hohem Blutdruck (169 mmHg systolisch) ohne weitere Untersuchungen nach Hause entlassen. Ein HELLP-Syndrom blieb unerkannt. Bei erneutem Krankenhausaufenthalt erfolgte die Sectio erst nach Verzögerung, obwohl eine Blutgerinnungsstörung vorlag. Das Fruchtwasser war bereits dunkelgrün verfärbt und beide Kinder wurden im schlaffen Zustand reanimationspflichtig geboren. Die Reanimation des zweiten Kindes wurde nach 35 Minuten erfolglos beendet. Das andere Kind ist aufgrund eines Sauerstoffmangels stark geschädigt.

Fall 4: Vermeidbarer intrauteriner Fruchttod. Ein auffälliges CTG und ein Wachstumsstillstand des Kindes wurden ignoriert. Risikofaktoren wie Hinweise auf eine bestehende Plazentainsuffizienz wurden unterschätzt. Zudem fehlten zwischen dem pathologischen CTG und dem Einleitungstermin eine tägliche Überwachung der Schwangeren. Der intrauterine Fruchttod (IUFT) vor der geplanten Einleitung bei 37+0 SSW wäre folglich vermeidbar gewesen. Das starre Festhalten an der Zeitgrenze von 37+0 SSW für eine Geburtseinleitung ist in diesem Fall nicht nachvollziehbar.

Fall 5: Eileiterschwangerschaft nicht erkannt. Die Patientin suchte ihre Frauenärztin aufgrund Schmerzen und Blutungen in der 6. SSW auf. Nach einer Ultraschalluntersuchung versicherte ihr die Ärztin, dass alles in Ordnung sei. Drei Tage später wurde die Patientin mit akuten Bauchschmerzen und innerer Blutung per Notarzt ins Krankenhaus gebracht. Es wurde ein geplatzter Eileiter aufgrund einer unentdeckten Eileiterschwangerschaft festgestellt. Die Patientin wurde sofort operiert, um den gerissenen Eileiter zu entfernen und die Blutung zu stillen.

**Wie gefällt Ihnen dieses Patientensicherheits-Signal?
Ihre Meinung ist uns wichtig. Geben Sie uns Feedback.**

Zum Kurzfragebogen: <https://patientensicherheit.de/tk-pss-umfrage>



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

- › Liegt in Ihrer Einrichtung eine fachgebietsspezifische Kriterienliste mit möglichen Symptomen und Diagnoseschritten zum rechtzeitigen und korrekten Erkennen von kritischen Krankheitsbildern in der Schwangerschaft vor (z.B. Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Eileiterschwangerschaft)?
- › Wie werden in Ihrer Einrichtung bei allen schwangeren Patientinnen eine angemessene Anamnese und passende Basisdiagnostik sichergestellt. Wird diese ggf. von erfahrenen Kollegen überprüft?
- › Werden Patientinnen und Angehörige aktiv in die Diagnosestellung eingebunden? Wie erfolgt die Kommunikation?
- › Wie wird sichergestellt, dass alarmierende pathologische Ergebnisse zeitnah bekannt und berücksichtigt werden (z.B. Laborwerte, Auffälligkeiten beim Ultraschall und/oder im CTG)?
- › Sind Warnhinweise für besonders kritische Krankheitsbilder bei Schwangeren («Worst-Case-Diagnosen») allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt bekannt? («Warnzeichen bzw. Red-Flags»)
- › Findet eine regelmässige Überprüfung des Blutdrucks bei Schwangeren statt?
- › Wie werden verordnete und zu verabreichende Medikamente hinsichtlich Kontraindikationen für Schwangere überprüft?
- › Wie wird das Personal hinsichtlich möglicher Fehler in der Schwangerschaft geschult bzw. sensibilisiert? Wie oft werden Schulungen sowie Fallbesprechungen zu dieser Thematik durchgeführt? Wird in Ihrem CIRS dazu berichtet und werden diese Berichte ausgewertet?
- › Wie stellen Sie bei Entscheidungen (z.B. keine stationäre Aufnahme der Schwangeren) sicher, dass Mitarbeitende über ausreichend Erfahrung und Wissen hinsichtlich der Diagnosestellung verfügen oder Entscheidungen nicht allein treffen?
- › Überweisen Hebammen bei Auffälligkeiten bzw. Komplikationen rechtzeitig bzw. sind hierzu Kriterien definiert und zugänglich, wie z.B. Checklisten?
- › Werden Sorgen von Patientinnen («Irgendetwas stimmt nicht mit mir und meinem Baby») ernst genommen und ggf. erneut und erweitert abgeklärt?
- › Nutzen Sie digitale Hilfsmittel und/oder Checklisten zur Diagnosestellung in der pränatalen Phase?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Fehlern bei Schwangeren? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche zuverlässigen systematischen Maßnahmen abgeleitet? Wie findet in solchen Fällen die Kommunikation mit Patientinnen und Angehörigen statt?

Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/diagnostik-und-therapie-hypertensiver-schwangerschaftserkrankungen-13c634f8-9ebf-4c50-b71c-067c6982df14>

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/schwangerschaftserkrankungen-uniklinik-leipzig-initiiert-nachsorgeprogramm-9c6e7f37-7f29-4ea7-b6f3-df4356f0e9e2>

https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-intensivmedizin/schwangerschaftsassozierte-notfaelle?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54675-4_104

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/langzeiteffekte-hypertensive-schwangerschaftserkrankungen>

APS-Handlungsempfehlungen zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit unter

<https://www.aps-ev.de/patientensicherheit/fachinformationen/handlungsempfehlungen/>

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 Intra-
okularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzurei-
chender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Deku-
bitusprophylaxe
- › TK-PSS Nr. 11: Verbleib von Katheter- bzw. Drai-
nageanteilen im Patientenkörper
- › TK-PSS Nr. 12: Eingriffsverwechslungen
- › TK-PSS Nr. 13: Schadensfallmeldungen im
Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung
- › TK-PSS Nr. 14: Reduktion von Diagnosefehlern
- › TK-PSS Nr. 15: CTGs im Rahmen der Geburtshilfe



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 zeigt eine klare Haltung zum Thema Patientensicherheit in zahlreichen Initiativen und Innovationen.

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Versicherten 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 unserem Partner DGPS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert.

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 und beteiligt sich an der Kommentierung und Verbreitung der PSS. 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-Spezialist für Medizinrechte

Christian Soltau

Bramfelder Str. 140
22301 Hamburg

Tel. 040 – 6909 - 3396
Christian.Soltau@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:
www.freepik.com