

# Einsetzen nicht geeigneter Intraokularlinsen



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:**

## Einsetzen nicht geeigneter bzw. falscher Intraokularlinsen (IOL)

**Bedeutung:**

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind Fallberichte zur «Implantation nicht geeigneter bzw. falscher Intraokularlinse» eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Bei diesen Fehlern handelt es sich um kritische und vermeidbare Ereignisse im Rahmen der Augenheilkunde, die zu gravierenden Beeinträchtigungen für Patientinnen und Patienten führen können. Bei jeder Art von falschen Implantaten bzw. Medizinprodukten, die unabhängig von Art und Funktion für das dauerhafte Verbleiben im Körper vorgesehen sind, handelt es sich um sogenannte Never Events, die es unbedingt zu vermeiden gilt. Mögliche Folgen sind u.a. notwendige Re-Operationen, erhebliche Beschwerden, Beeinträchtigung der Sehfähigkeit, eine verlängerte Heilphase und Erhöhung des Dislokationsrisikos. Durch die gebotene ärztliche Sorgfalt und ein funktionierendes Risikomanagement sind diese Ereignisse vermeidbar. Aus diesem Grund erfolgt mit der vorliegenden Information eine Sensibilisierung für diese wichtige Thematik.

**Zielgruppe:**

› Alle Kliniken und Praxen im Bereich der Augenheilkunde, die Linsenimplantationen vornehmen.

### Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

**Fall 1:** Es wurde am linken Auge eine Linse eingesetzt. Der Operateur nahm jedoch die falsche, sodass der Pat. erhebliche Beschwerden hatte und eine Re-OP erfolgen musste. Die Verwechslung der IOL ist bei funktionierendem Risikomanagement vermeidbar und stellt daher eine grobe Verletzung der gebotenen ärztlichen Sorgfalt dar. Folge der Implantation einer IOL mit falscher Stärke sind alle mit dem IOL-Austausch im Zusammenhang stehenden Kosten und für den Patienten eine verlängerte Heilphase. Die Progression des Glaukoms ist unabhängig davon und schicksalhaft.

**Fall 2:** Während beziehungsweise unmittelbar nach der Katarakt-Operation wurde festgestellt, dass die implantierte Linse nicht die zuvor berechnete Stärke aufwies. Aus diesem Grund wurde das linke Auge erneut eröffnet, die zuvor implantierte Linse explantiert und nunmehr die Intraokularlinse mit der zutreffenden Stärke implantiert.

**Fall 3:** Bei visusrelevanter Trübung der IOL ist die Indikation zum IOL-Austausch gegeben. Bereits präoperativ war bekannt, dass aufgrund der lange zurückliegenden Primäroperation und Zustand nach YAG-KT eine „einfache“ Sulkusimplantation nicht gelingen würde. Es hätte bereits bei der OP-Planung in der Augenklinik an die Notwendigkeit der Implantation einer „klassischen“ dreistückigen, nicht faltbaren Sulkus-IOL oder einer Artisan-Nerisyse-IOL gedacht werden können. Spätestens intraoperativ hätte bei der Notwendigkeit des Einsatzes von Irisretraktoren und einer vorderen Vitrektomie erkannt werden müssen, dass die gewählte IOL Hoya PC-60AD unter Berücksichtigung der Warnhinweise des Herstellers ungeeignet war. Steht dann keine geeignete IOL zur Verfügung, hätte der Eingriff abgebrochen und nach Stabilisierung der intraokularen Verhältnisse eine Artisan-/Verisyse-IOL, wie sie dann in einer anderen Augenklinik erfolgte, implantiert werden müssen.

**Amerkungen zu den zuvor aufgeführten Fällen:**

Teilweise sind die Berechnungen bzw. Abschätzungen der benötigten IOL-Stärke nicht genau oder die anatomische Ausgangssituation schwierig, so dass Patienten enttäuscht vom postoperativen Ergebnis sein können, ohne dass eine Verwechslung vorgelegen hat. Um diese Fälle geht es hier nicht, sondern um tatsächliche Verwechslungen von Intraokularlinsen (IOL) und die Vermeidbarkeit dieser Never Events.



## Anregungen zur Überprüfung:

### Klinische Untersuchung und Anamnese:

- › Wie wird in Ihrer Einrichtung bei jedem Patienten eine angemessene Anamnese sowie passende Basisdiagnostik in Bezug auf die Auswahl der richtigen Linsen sichergestellt?
- › Wie erfolgt die korrekte Linsen kalkulation unter Berücksichtigung aller relevanten Parameter?

### OP-Vorbereitung:

- › Wie werden die Intraokularlinsen vor jeder Implantation vorbereitet und gelagert?
- › Wer übernimmt den Vorbereitungsprozess und welche Sicherheitschecks existieren?
- › Wird sichergestellt, dass die notwendigen Linse in zweifacher Ausführung vorliegen?
- › Wird eine Vorbereitungscheckliste für jede Linsen-Implantation genutzt?
- › Erfolgt eine Vier-Augen-Kontrolle der ausgewählten Linsen durch eine weitere Fachperson?

### Perioperativ:

- › Findet ein Team-Time-Out statt und wird sichergestellt, dass sich im Operationssaal nur die beiden Linsen für den anwesenden Patienten befinden?

### Intraoperativ:

- › Wie und durch wen erfolgt die finale Kontrolle/ Rückversicherung vor dem Auspacken und Einsetzen der Linsen (Richtige Linse? Richtige Seite? Richtiger Patient? Richtige Stärke? Linsenverfallsdatum?).
- › Wie stellen Sie sicher, dass evtl. Verwechslungen von Linsen rechtzeitig vor der Implantation erkannt werden? Welche Sicherheitsbarrieren existieren hier?
- › Wie erfolgt eine erneute Berechnung bzw. Anpassung, wenn unter der OP Komplikationen auftreten und andere Linsen verwendet werden müssen?
- › Wie erfolgt die Kontrolle der optischen Qualität, Orientierung und Lokation (Kapelsack, Sulcus..) der Intraokularlinse?

### Postoperativ:

- › Wie wird sichergestellt, dass der richtige Implantatsticker in das richtige Operationsbuch geklebt wird und der Patient den korrekten Implantatausweis erhält?
- › Ist das Risiko der «Linsenverwechslung» allen in die Implantation involvierten Mitarbeitenden bekannt? Wie wird das Personal hinsichtlich diesem Risiko geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zum Einsetzen falscher oder nicht geeigneter Linsen bzw. Verwechslungen? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen abgeleitet?

## 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: Abgerissene Katheder- oder Drainageteile



**Alle TK PSS sind online verfügbar unter:**

<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](http://www.patientensicherheit.de)

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS e.V. ist die nationale Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit. Sie wird in der Kooperation von Philippe Rodenberg vertreten. Weitere Infos unter [www.aps-ev.de](http://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 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:



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