

Verbleib von Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper



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:

Unbeabsichtigter Verbleib von abgerissenen Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind Fallberichte zum «Unbeabsichtigter Verbleib von abgerissenen Katheter- bzw. Drainageteilen im Patientenkörper» eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Bei der Patientenversorgung wird eine Vielzahl von Drainagen und Kathetern inklusive Führungsdrähten eingesetzt (z.B. ZVK, Redon-Drainagen für Körperhöhlen und nach operativen Eingriffen, Herzkatheter, Blasenkatheeter und kathetergestützte Implantationen). Das Abreißen und der Verbleib von Materialien im Patientenkörper stellt bei der Verwendung von Kathetern bzw. Drainagen in der Patientenversorgung ein besonderes Risiko dar. Hierbei handelt es sich um sehr kritische und vermeidbare Ereignisse im Rahmen der Patientenversorgung, die zu gravierenden Folgeschäden für Patientinnen und Patienten führen können. Mögliche Folgen sind schlimmstenfalls der Verbleib von abgerissenen Teilen im Körper (zurückgelassene Fremdkörper) und dadurch notwendige operative Eingriffe. Andere Risiken sind das erneute Legen von Kathetern bzw. Drainagen, eine verlängerte Verweildauer, sowie ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Diese kritischen Ereignisse sind meist vermeidbar und könnten durch systematische Sicherheitschecks beim Umgang und speziell beim Entfernen von Kathetern bzw. Drainagen reduziert werden. Aus diesem Grund erfolgt mit der vorliegenden Information eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik.

Mögliche Ursachen und Risikofaktoren:

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

- › Fehlende oder unzureichende Kontrollen
- › Zu schnelle und hektische Handlungen aufgrund von Zeitdruck
- › Müdigkeit und Überlastung
- › Mangelhafte Fixierung von Kathetern
- › Mangelndes Training und Kompetenzen (bzw. fehlende Überwachung durch erfahrenes Personal)
- › Unzureichende Vorbereitung und Überwachung bei Mobilisation von Patienten
- › Mangelnde Sorgfalt
- › Materialmängel bei Kathetern, Drainagen, Führungsdrähten und Zubehör

Zielgruppe:

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



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Rest einer Redon-Drainage verbleibt für fast 3 Monate im Kniegelenk. Der Standardverstoß liegt im Nicht-Bemerken des Abreißens und im Diagnosefehler der im CT sichtbaren Drainage. Dadurch verblieb der Drainagerest für fast 3 Monate im Kniegelenk. Das Abreißen einer eingelegten Redon-Drainage stellt an sich keinen Standardverstoß dar.

Fall 2: Im Bauchraum verbliebener, abgerissener Drainagerest mit notwendiger OP. Im präoperativen CT war die Drainage noch nicht vorhanden. Erst im postoperativen CT war die Drainage erkennbar. Zur Operation mit Drainageentfernung beschreibt der OP-Bericht das Material als Easy-Flow-Drainage von etwa 31,5 cm Länge. An einem Ende war die Drainage etwas ausgefranst, passend zu einem Abriss. So muss auch der korrespondierend abgerissene Drainagenanteil außerhalb des Körpers etwas ausgefranst gewesen sein. Bei einer regulären Drainagenentfernung hätte die unvollständige Entfernung aufgrund des ausgefranst, unvollständigen Endes auffallen müssen. Weitere Einzelheiten lassen sich der Aktendokumentation trotz dezidierter Nachforderung nicht entnehmen. Vor diesem Hintergrund können auch keine Umstände erkannt werden, die die Behandler entlasten könnten. So ist der Verbleib der Easy-Flow-Drainage als vermeidbar fehlerhaftes Vorgehen im Sinne eines Behandlungsfehlers zu bewerten und damit war die Operation mit Entfernung der im Bauchraum verbliebenen Drainage fehlerbedingt erforderlich.

Fall 3: Der Versicherte ist mit Kammerflimmern zusammengebrochen und wurde stationär behandelt. Es erfolgte eine Herzkatheteruntersuchung und die Implantation eines Defibrillators mit Einkammer-Stimulation. Bei der Katheteruntersuchung ist der Führungsdraht gebrochen und wurde vergessen.

Fall 4: Abriss eines Schmerzkatheters mit Verbleib der Katheterspitze in der Pleurahöhle. Bei einer Versicherten wurde in minimalinvasiver Technik über einen transapikalen Zugang kathetergestützt eine Aortenklappenprothese implantiert. In der Folge kam es zu rezidivierenden Pleuraergüssen mit erheblichen Beschwerden und mehreren Krankenhausaufenthalten. Zur Abklärung wurde 14 Monate nach der Operation eine VATS (videoassistierte Thorakoskopie) durchgeführt und die Spitze des intraoperativ gelegten Schmerzkatheters in der linken Pleurahöhle gefunden und entfernt. Unabhängig davon, wie es dazu kommen konnte muss das Zurückbleiben eines Fremdkörpers nach einer Operation auf jeden Fall als Behandlungsfehler bewertet werden.



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

- › Wie werden Mitarbeitende zum korrekten Umgang mit Kathetern geschult?
- › Wie wird die Kompetenz zum selbstständigen Anlegen von Kathetern oder Drainagen festgelegt? Ist bis dahin eine Supervision gewährleistet (auch in Dienstzeiten)?
- › Auf was sollte beim Umgang mit Kathetern besonders geachtet werden und wie wird auf das Risiko des Abreißen aufmerksam gemacht?
- › Wie, wann, wie häufig und durch wen erfolgt die Kontrolle von Kathetern? Sind regelmäßige Intervalle inklusive Verantwortlichkeiten festgelegt und wie werden die Kontrollen dokumentiert?
- › Sind besonders risikobehaftete Abläufe bzw. Prozesse definiert, bei denen Katheter häufig Abreißen (z.B. Patientenmobilisation, besondere operative Eingriffe/Interventionen)?
- › Wie werden Materialprobleme im Zusammenhang mit Kathetern erfasst und wie wird mit diesen Problemen umgegangen?
- › Ist das Risiko «unbeabsichtigtes Abreißen von Zugängen bzw. Drainagen» allen beteiligten Mitarbeitenden bekannt? Wie wird das Personal hinsichtlich dieses Risikos geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie wird im Fall des Abreißen von Kathetern sichergestellt, dass keine Teile im Patienten verbleiben (Vermeidung zurückgelassener Fremdkörper) zum einen beim gezielten Entfernen eines Katheters durch geschultes Personal und zum anderen, wenn z.B. verwirrte Patienten sich Katheter selbst entfernen? Wird auch dann der Katheter inspiziert und auf Vollständigkeit kontrolliert?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Problemen mit dem Abreißen von Kathetern bzw. Drainagen? Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen wurden abgeleitet?

Weiterführende Verlinkungen/ Literatur

Handlungsempfehlung vom APS zu zurückgelassenen Fremdkörpern:

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/Glossar_JTZ_Internet.pdf

Loss of the guide wire: mishap or blunder? Schummer, W. et al. British Journal of Anaesthesia, Volume 88, Issue 1, 144 – 146; DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/88.1.144>

Artikel zu zurückgelassenen Fremdkörpern in der kardiovaskulären Chirurgie:

<https://www.springermedizin.de/de/zurueckgelassene-fremdkoerper-nach-kardiovaskulaerer-chirurgie/8397056>

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/gesundheits-und-medicin/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:



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