

Reduktion von Diagnosefehlern



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:

Erhöhung der Diagnosesicherheit durch die Reduktion von Diagnosefehlern

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu «Diagnosefehlern» eingegangen (siehe reale Fallbeispiele im Textkasten). Verspätete, falsche und nicht erkannte Diagnosen sind häufige, kritische und vermeidbare Ereignisse. Diagnosefehler können zu erheblichen Folgeschäden für Patientinnen und Patienten führen aufgrund von ausgelassener, nicht rechtzeitiger bzw. falscher Behandlung.

Diagnosefehler können für Behandelnde rechtliche Konsequenzen haben. Behandelnde kann ein Fehlverhalten vorgeworfen werden, wenn für eine bestimmte Erkrankung typische Symptome nicht erkannt bzw. nicht berücksichtigt und notwendige diagnostische Maßnahmen unterlassen werden.

Um Diagnosefehler zu reduzieren, ist es zentral, dass diagnostische Entscheidungen kontinuierlich innerhalb des Diagnosteteams überprüft werden. Für eine korrekte Diagnosestellung ist neben dem Behandlungsteam ein aktiver Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wichtig. Es sollte ein konstruktiver Austausch über den gesamten Diagnoseprozess zwischen allen Schnittstellen bzw. Beteiligten sichergestellt werden.

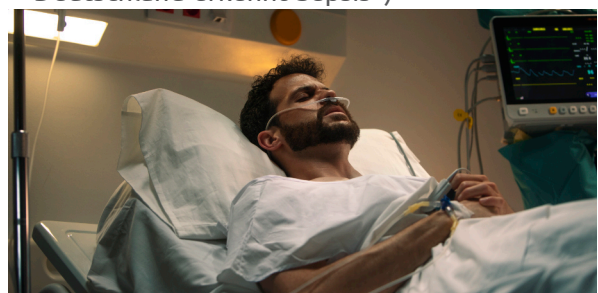
Durch eine rechtzeitige Diagnosestellung, angemessene Anamnese und Diagnostik und daraus abgeleiteten Therapiemaßnahmen könnten viele schwerwiegende Folgen erheblich reduziert werden. Das Thema «Diagnosesicherheit» ist das diesjährige Thema des «Welttages Patientensicherheit» und wird damit besonders in den Fokus der Patientensicherheit gerückt. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal eine Sensibilisierung für diese sehr wichtige Thematik.

Ein Diagnosefehler liegt vor, wenn

- › Behandelnde vorliegende, erhobene Befunde falsch interpretieren.
- › die gestellte Diagnose nicht vertretbar ist.
- › vorliegende Symptome für eine bestimmte Erkrankung nicht hinreichend berücksichtigt werden und notwendige diagnostische Maßnahmen unterlassen werden.
- › die Fehldiagnose darauf beruht, dass Behandelnde eine notwendige Befunderhebung unterlassen haben.
- › es durch unterlassene oder falsche Maßnahmen zur Schädigung von Patientinnen und Patienten kam.

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich)
- › Alle Mitarbeitende mit direktem Patientenkontakt (Schwerpunkt ärztliches und pflegerisches Personal)
- › Allgemeine Bevölkerung: Angehörige sowie Patientinnen und Patienten im Sinne von größer angelegten Informationskampagnen (wie z.B. Kampagne zum Welttag der Patientensicherheit, Sepsis-Kampagne «Deutschland erkennt Sepsis»)



Mögliche Faktoren für Diagnosefehler («Fallstricke»):

Die Ursachen für Diagnosefehler können vielfältig sein. Grundsätzlich können alle am diagnostischen Prozess beteiligten Personen, Geräte und Verfahren zu Diagnosefehlern beitragen. Häufige Fehlerquellen können sein:

- › Unzureichende Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams sowie mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen
- › Unzureichende Anamnese, Untersuchungen und/oder Diagnostik (zu enger Fokus)
- › Falsche Angaben von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen, z.B. hinsichtlich Anamnese, Vorerkrankungen, Symptomen
- › Falsche Interpretation der erhobenen Befunde (nicht erkannte Differentialdiagnose)
- › Zu frühe Fokussierung auf eine Verdachtsdiagnose oder einzelne Symptome (Fixierungsfehler)
- › Kein systematischer Ausschluss von bestimmten Diagnosen (vor allem Worst-Case-Diagnosen siehe Tipp 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 nicht in bekannte Muster passen (Missachtung von Warnzeichen)
- › Nichterkennen von Verfahrens- oder Messfehlern
- › Sorgen von Patientinnen und Patienten («So starke Kopfschmerzen hatte ich noch nie»), Angehörigen («Meine Mutter gefällt mir aber gar nicht, sie war noch nie so schlapp...») oder Eltern («So krank hab ich mein Kind noch nie erlebt») 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 Präsentation)

Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 1: Fehllage von Herzschrittmacher-Sonde trotz fehlerhafter Zwerchfellstimulation nicht erkannt. Einer Patientin wurde ein Herzschrittmacher in einer Klinik implantiert. Danach hatte sie über mehrere Monate Beschwerden und Schmerzen im Bauch. Es wurde mehrfach versucht, die Einstellungen des Gerätes anzupassen. Es kam jedoch weiterhin zu starken Beschwerden (ihr Bauch wackelte sehr stark). Monate später wurde ein CT durchgeführt, welches eine Sonde im Zwerchfell zeigte. Die Patientin wurde daher erneut operiert. Es wird vermutet, dass die Operation zu Beginn und die Nachbehandlung nicht sach- und fachgerecht erfolgten.



Fall 2: *Kraniales Aneurysma nicht erkannt. Patientin wurde wegen seit sechs Tagen anhaltender, intensiver Kopfschmerzen in einer Klinik behandelt. Die Kopfschmerzen wurden sowohl als zervikogen, als auch durch eine Sinusitis hervorgerufen eingestuft. Die Patientin wurde nach zwei Tagen entlassen, ohne eine endgültige differentialdiagnostische Abklärung der Beschwerden durchzuführen. Insbesondere wurde der vom Radiologen dokumentierte hochgradige Verdacht auf ein Aneurysma der Arteria communicans anterior im MRT fehlerhaft nicht in die differentialdiagnostischen Überlegungen einbezogen. Dies hätte zwingend geschehen müssen, da als Ursache für die Kopfschmerzen ein so genanntes „warning leak“ in Betracht kam. Im Entlassungsbericht wurde dieser MRT-Befund fehlerhaft nicht erwähnt. Der Befund wurde auch nicht nachträglich übermittelt, obwohl der schriftliche Befund bereits vorlag und vom Radiologen darin die weitere Abklärung des Befundes empfohlen wurde. Einige Tage später erlitt die Patientin aus diesem Aneurysma eine schwere SAB vom Grad IV mit schwerem Verlauf. Bei früherer Diagnose des Aneurysmas wäre die Indikation zur endovaskulären Behandlung des Aneurysmas zeitnah gestellt und empfohlen worden. Die Blutung hätte durch einen früheren Eingriff verhindert werden können. Es wäre nicht zu den gravierenden Folgen durch die bifrontale Einblutung sowie dem Hydrocephalus gekommen, der mehrfache operative Eingriffe und längere stationäre Aufenthalte nach sich gezogen hat.*

Fall 3: *Nicht erkannte Befunde führen zu vermeidbarem Schlaganfall. Bei dem Patienten wurde bei beklagten thorakalen Schmerzen und Atembeschwerden ein CT des Thorax angefertigt. Hierbei wurde radiologisch die Diagnose einer Lungenarterienembolie fälschlicherweise nicht gestellt. Durch die ausbleibende Therapie kam es einige Tage später zu einem Hirninfarkt, welcher mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte verhindert werden können. Jetzt leidet der Versicherte unter Gleichgewichts-, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen.*

Fall 4: *Schlaganfall bei jungem Patienten wurde nicht rechtzeitig erkannt. An der anfänglichen Fehleinschätzung einer Cannabiswirkung als Ursache der zur Aufnahme führenden Symptomatik wurde festgehalten; auch bei anhaltender fokaler linkshirniger Symptomatik wurde die erforderliche weiterführende Diagnostik nicht vorgenommen. Es lagen bei dem 26-jährigen Patienten ein Taubheitsgefühl der rechten Extremitäten und Sprachstörungen vor. Weder der medizinische Standard zur Diagnostik und Behandlung einer akuten neurologischen Symptomatik, noch die gebotene Sorgfalt bei Anamneseerhebung und Befunderhebung wurden eingehalten.*

Fall 5: *Kompartmentsyndrom bei Aufnahme nicht erkannt. Bereits bei Aufnahme bestand aufgrund der Frakturkonfiguration und des erheblichen Schmerzempfindens der Verdacht auf ein Kompartmentsyndrom. Es hätte eine engmaschige, stündliche, neurologische und klinische Kontrolle erfolgen müssen. Prinzipiell wurde an ein Kompartmentsyndrom gedacht, die Pathologie aber elementar nicht verstanden und aufgrund einer weichen Wade und vorhandener Fußpulse ausgeschlossen. Dies ist völlig unverständlich, da manifeste Zeichen eines Kompartmentsyndroms vorlagen. Es wurden also Befunde erhoben, diese wurden jedoch falsch gedeutet. Entgegen chirurgischem Grundlagenwissen wurde das Kompartmentsyndrom über mehr als 72 Stunden bis zur eigenständigen Entlassung des Patienten nicht erkannt. Eine notfallmäßig indizierte, komplette Kompartmentspaltung nicht vorzunehmen war elementar falsch und widerspricht jeglichen unfallchirurgischen Standards. Die irreversible Fußheberschwäche mit anhaltendem Behandlungsbedarf, die entsprechenden physischen und psychischen Einschränkungen, die Entwicklung einer Crush-Niere mit intensivmedizinischer Behandlungsbedürftigkeit und eine neurologische Rehabilitation wären vermeidbar gewesen. Aufgrund des Fehlers kam es zu einer irreversiblen Muskelnekrose, einer irreversiblen Nervenschädigung des Nervus peroneus mit konsekutiver Fußheberschwäche, dem Bedarf eine Schiene zu tragen und anhaltender Physiotherapie sowie der Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms.*

Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister:

Fall 6: *Unterlassene Aufnahme- und Diagnostik bei nachlassenden Kindsbewegungen. Die Patientin wurde wegen subjektiv nachlassenden Kindsbewegungen in einer Entbindungsklinik stationär aufgenommen. Im Zeitraum von etwa 5 Stunden wurde keine Aufnahme- Ultraschalldiagnostik und keine ärztliche bzw. klinisch-gynäkologische Aufnahmeuntersuchung durchgeführt. Es wurde ausschließlich hebammenseits im Einvernehmen mit der Patientin die Entscheidung zu einer medikamentösen Geburtseinleitung in der 40+5 SSW getroffen, ohne das Vorliegen von schriftlichen Einwilligungen, des Nachweises von ärztlicherseits erfolgten Risiko-, Alternativ- und Sicherungsaufklärungsmaßnahmen oder einer ergänzenden Ultraschalldiagnostik. Dies entsprach aus gutachterlicher Ex-ante Sicht, sowohl einem Befunderhebungsfehler, als auch einem Sorgfaltspflichtverstoß sowie einem Aufklärungsfehler. Es handelt sich hierbei um Verstöße gegen elementare medizinische Standards.*

Fall 7: *Kopfschmerzen falsch gedeutet - Hirnblutung nicht erkannt. Ein Patient wurde aufgrund sehr starker Kopfschmerzen in der zentralen Notaufnahme eines Klinikums vorgestellt. Es wurde vermutet, dass es sich um einen Spannungskopfschmerz handelt. Nachdem der Patient Schmerzmittel und Infusionen erhielt, wurde dieser am selben Tag ohne weitere Diagnostik nach Hause entlassen. Der Patient sollte sich von der Hausärztin eine Verordnung für Physiotherapie geben lassen. Der Patient wurde dann zu Hause bewusstlos vorgefunden und per Rettungshubschrauber in ein anderes Krankenhaus gebracht. Dort stellte man eine Subarachnoidalblutung bei Ruptur eines Aneurysmas der A. basilaris fest. Es bestehen seitdem u.a. eine Tetraparese, neurogene Dysphagie, Harn- und Stuhlinkontinenz. Es wurde vermutet, dass die Diagnostik und Therapie im ersten Klinikum nicht sach- und fachgerecht erfolgte.*



Fall 8: *Erhöhte Leberwerte wurden nicht regelmäßig überwacht. Patient vermutete eine fehlerhafte Behandlung bei seinem Diabetologen. Dort stellte er sich regelmäßig zur Nieren- und Leberkontrolle vor. Es wurde einmal jährlich eine Sonographie und eine Blutentnahme durchgeführt. Es wurde eine Zyste im Bereich der Leber festgestellt. Da diese jedoch ungefährlich sein sollte, erfolgten keine weiteren Untersuchungen diesbezüglich. Einige Zeit später erfolgte die letzte routinemäßige sonographische Kontrolle in der Praxis. Die Ergebnisse sollten bei einem erneuten Termin besprochen werden. Es wurden vom Hausarzt erhöhte Leberwerte festgestellt. Ein darauf eingeleitetes CT und MRT zeigten ein Leberzellkarzinom in der Größe von ca. 6,7 x 8cm. Es wurde eine Operation zur Entfernung des bösartigen Tumors notwendig. Weitere Untersuchungen der Zyste hätten früher erfolgen müssen, spätestens jedoch nach der Sonographie.*

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

- › Wie stellen Sie in Ihrer Einrichtung sicher, dass Diagnosefehler vermieden und Erkrankungen rechtzeitig und korrekt erkannt werden? Welche Sicherheitsbarrieren existieren?
- › Liegt eine fachgebietsspezifische Kriterienliste mit möglichen Symptomen und Diagnoseschritten zum rechtzeitigen und korrekten Erkennen von Krankheitsbildern vor?
- › Wie wird in Ihrer Einrichtung bei allen Patientinnen und Patienten eine angemessene Anamnese sowie passende Basisdiagnostik sichergestellt und ggf. von erfahrenen Kollegen überprüft?
- › Werden Patientinnen und Patienten sowie Angehörige aktiv in die Diagnosestellung eingebunden? Wie erfolgt die Kommunikation? Welche gezielten Fragen werden Patientinnen und Patienten direkt zu Aufnahmebeginn gestellt?
- › Wie wird sichergestellt, dass Laborwerte sowie Ergebnisse aus bildgebenden Verfahren bei alarmierenden pathologischen Ergebnissen zeitnah bekannt und berücksichtigt werden?
- › Sind Warnhinweise für besonders kritische Krankheitsbilder («Worst-Case-Diagnosen») allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt bekannt? («Warnzeichen»)
- › Wie wird das Personal hinsichtlich Diagnosefehlern geschult bzw. sensibilisiert? Wie oft werden Schulungen zu dieser Thematik durchgeführt?
- › Wie stellen Sie bei Entscheidungen (z.B. Entlassung) sicher, dass Mitarbeitenden über ausreichend Erfahrung und Wissen hinsichtlich der Diagnosestellung verfügen oder Entscheidungen nicht allein treffen?
- › Werden Sorgen von Patientinnen und Patienten («So starke Kopfschmerzen hatte ich noch nie»), Angehörigen («Meine Mutter gefällt mir aber gar nicht, sie war noch nie so schlapp...») oder Eltern («So krank habe ich mein Kind noch nie erlebt») ernst genommen und ggf. erneut und erweitert abgeklärt?
- › Nutzen Sie digitale Hilfsmittel und/oder Checklisten zur Diagnosestellung?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Diagnosefehlern? Wie wurden diese Fälle aufgeklärt und welche zuverlässigen systematischen Maßnahmen abgeleitet? Wie findet in solchen Fällen die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen statt?

Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/240528_PM_APS_Welttag-der-Patientensicherheit-2024-Aufruf.pdf

<https://www.tag-der-patientensicherheit.de/>

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-17-september-2024-improving-diagnosis-for-patient-safety>

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
- › TK-PSS Nr. 13: Schadensfallmeldungen im Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung



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

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:



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