

„Total verstrahlt?“ – Wie kleine Fehler in der Radiologie große Folgen haben können

In den geschilderten CIRS-Fällen aus der Radiologie und angrenzenden Bereichen zeigt sich ein wiederkehrendes Muster: Nicht die High-tech-Geräte sind das Problem, sondern Brüche in Standards, Kommunikation und Aufmerksamkeit – mit potenziell gravierenden Folgen für Patientensicherheit und Mitarbeiterschutz.



©lenets_tan – stock.adobe.com (189904830)

1. Unzureichende Vorbereitung der Patientinnen und Patienten

Mehrere Fälle (218655, 282993) zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit metallhaltiger Kleidung, Schmuck, BH, EKG-Elektroden oder sogar glitzerndem Pullover zur Untersuchung erscheinen. Die Folgen:

- Bildartefakte bis hin zur Fehldiagnose (Verdacht auf Tbc durch Glitzersteinchen)
- unnötige Wiederholungsaufnahmen mit zusätzlicher Strahlenbelastung
- aufwendiges (teilweise kontraindiziertes) Entkleiden bei isolierten Patienten/Patientinnen

Abhilfe schaffen hier einfache, aber konsequent einzuhaltende Standards: Sichtkontrolle vor Eintritt in den Untersuchungsraum, klare SOPs, verständliche Patientenaufklärung, Hinweisschilder und Schulungen des Personals.

2. Patientensicherheit bei Sauerstoffpflichtigkeit

In mehreren Fällen (288148, 288892) waren Patienten/Patientinnen auf Sauerstoff angewiesen, mussten aber längere Zeit warten – teils mit leerer Sauerstoffflasche, teils ohne Umstecken an zentrale O₂-Anschlüsse. Folgen waren kritische Vitalwerte, glücklicherweise ohne bleibenden Schaden. Ursachen:

- fehlende oder unklare Information über Sauerstoffpflicht
- mangelnde Kontrolle des Füllstands
- unzureichende Transport- und Terminorganisation
- nicht ausreichend ernst genommene Hinweise von Angehörigen

Gegenmaßnahmen: Priorisierung solcher Transporte, systematische Kontrolle der O₂-Flaschen, Nutzung zentraler Anschlüsse, strukturiertes Terminmanagement und klare Absprachen mit externen Dienstleistern.

3. Gefahren im MRT – Magnet zieht alles an

Besonders eindrücklich sind die MRT-Fälle:

- Eine Schere, „reflexhaft“ in die Kitteltasche gesteckt, wird im MRT-Raum zum Geschoss (Fall 283564).
- Eine nicht MRT-taugliche Trage wird fast in den aktiven Magneten gezogen (Fall 276393).

Beide Situationen hatten das Potenzial für schwerste Personenschäden und werden zurecht als hochgefährlich bzw. Never-Event bewertet. Neben technischen Warnhinweisen sind hier vor allem konsequente Kontrollen, klare Zonenkonzepte, Schulungen und eine Kultur der Achtsamkeit entscheidend. Bemerkenswert ist in Fall 283564 auch die Rolle des „Second Victim“ – die enorme psychische Belastung der handelnden Person, die Fehler offen meldet und sich anschließend stark selbst infrage stellt.

4. Kommunikation, Information, Verantwortung

Viele Ereignisse sind weniger technische als organisatorische Probleme:

- Mangelnde oder verspätete Information über Infektionen (z. B. V.a. Meningitis in Fall 284324) erschwert die Planung von Schutzmaßnahmen.
- Fehlende Zugriffsrechte auf Medikationspläne (Fall 280973) gefährden die sichere Kontrastmittelgabe und den Notfallzugang zu Informationen.
- Unklare Verantwortlichkeiten beim Patiententransport führen zu Missverständnissen („in den Vorraum“ vs. „in den Untersuchungsraum“).

-

Verbesserungen entstehen dort, wo Informationsflüsse strukturiert werden: digitale Leserechte, klare Zuständigkeiten, definierte Standards für Transport und Vorbereitung sowie interdisziplinäre Kommunikation.

5. Patientenidentifikation – beinahe falsch geröntgt

Ein Beinahe-Fehler mit einem falschen Patienten (Fall 287752) bei gleichem Familiennamen zeigt, wie wichtig konsequente Identifikationsprozesse sind: Armband, aktive Nachfrage (Name, Geburtsdatum), Abgleich von Auftrag und Patient – gerade bei kognitiv eingeschränkten Personen. Erst wenn Armbänder und Standards auch tatsächlich angewendet werden, entsteht echte Sicherheit.

Die beschriebenen Fälle machen deutlich:

- Standards sind nur wirksam, wenn sie gelebt werden. Ob Entkleiden vor dem Röntgen, O₂-Kontrollen oder MRT-Sicherheitschecks – scheinbar „kleine“ Verstöße können große Risiken nach sich ziehen.
- Kommunikation ist ein zentrales Sicherheitsinstrument. Klare, rechtzeitige Information über Infektionen, Sauerstoffpflicht, Medikationen und Verantwortlichkeiten verhindert Missverständnisse und gefährliche Lücken.

- Technik schützt nicht vor menschlichen Fehlern – aber gute Systeme schon. SOPs, Checklisten, digitale Zugriffsrechte, eindeutige Prozesse im Patiententransport und strukturierte Patientenidentifikation senken das Risiko deutlich.
- Fehlerkultur schützt Patienten, Patientinnen und Mitarbeitende. Offene Meldungen (CIRS), das Ernstnehmen des „Second Victim“ und interdisziplinäre Aufarbeitung machen aus gefährlichen Ereignissen Lernchancen für das gesamte System.
- „Total verstrahlt“ ist am Ende nicht die Technik, sondern ein System, das Standards, Kommunikation und Achtsamkeit nicht konsequent verankert.

Fazit: Nur wo die drei Faktoren Standards, Kommunikation und Achtsamkeit zusammenkommen, wird Radiologie sicherer – für Patienten und Patientinnen sowie für das Personal!

Für das CIRS-NRW Team:

Susanne Eschkötter, ERGO Versicherung AG