

Fall des Monats Juli 2026

Near Miss: Wendeltubus nach Eingriff im Nasenloch verblieben

Fall-Nr.

289129

Zuständiges Fachgebiet

Innere Medizin

Altersgruppe des Patienten

Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Eine zu behandelnde Person mit Lungenvorerkrankung bekam im Rahmen einer Magenspiegelung unter Propofol-Narkose eine respiratorische Insuffizienz. Es wurde ein Wendel-Tubus ins Nasenloch eingebracht, zusätzlich mit Maske beatmet. Beinahe wäre diese Person mit Wendel-Tubus entlassen worden, da die neuen Tuben nicht mehr grün, sondern durchsichtig sind und sich komplett im Nasenloch versenken lassen, so dass diese von außen nicht mehr sichtbar sind. Auch eine Dislokation der Tuben so weit in die Nase, dass HNO-Instrumentarium zum Entfernen nötig wird, erscheint je nach Anatomie mit dieser Tubus-Variante möglich. Leider ist über den Einkaufsverband aktuell nur diese Tubusart lieferbar.

Was war das Ergebnis?

Tubus wurde wieder entfernt, weil einer/einem Mitarbeitenden plötzlich einfiel, dass der Tubus noch nicht entfernt wurde.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

1. Verbrauchsmaterial mangelhaft
2. Durch die gerade überstandene Notfall-Situation war das Team nicht sofort auf "Entfernung eingebrachtes Material" fokussiert und noch nicht auf die neue Tubus-Art geprint (die Vorgänger waren grün und konnten nicht unsichtbar versenkt werden)

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

Ein- bis zweimal im Quartal

Wer berichtet?

Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus

Diese Meldung beschreibt eine potenziell gefährliche Situation, bei der ein Wendeltubus nach einer Notfallsituation im Rahmen einer Magenspiegelung im Nasenloch eines zu Behandelnden verblieb und erst verzögert erkannt wurde. Besonders hervorzuheben ist, dass es sich um eine Beinahe-Schädigung handelt, die auf mehrere systemische Faktoren zurückzuführen ist.

Aus Sicht des CIRS-Teams handelt es sich nicht um ein individuelles Fehlverhalten, sondern um ein Zusammenspiel aus organisatorischen, technischen und situativen Einflussfaktoren. Insbesondere die Umstellung auf transparentes Material mit veränderter Sichtbarkeit sowie die Unvollständigkeit standardisierter Kontrollmechanismen, z. B. das Fehlen der Eintragungsmöglichkeit "No device left behind" analog OP-Zählkontrolle, auf dem Endoskopieüberwachungsprotokoll, haben zur Entstehung des Ereignisses beigetragen.

Die geschilderte Situation zeigt deutlich, wie wichtig

- eine strukturierte Materialkontrolle nach Eingriffen
- eine klare Kommunikation im Team, insbesondere bei Übergaben,
- sowie eine Einweisung/Information bei Produktänderungen sind.

Wir werten das Risiko dieses Ereignisses als hoch, da bei erneutem Auftreten potenziell schwerwiegende Komplikationen (z.B. Atemwegsprobleme oder Infektionen) möglich sind.

Wir empfehlen folgende Maßnahmen:

- Sensibilisierung des Teams im Umgang mit neuen bzw. veränderten Materialien
- Überarbeitung des Endoskopieprotokolls, Ergänzung um den Punkt "Eingebrachte Materialien entfernt"
- nochmals Prüfung, ob alternative, besser sichtbare Produkte eingesetzt werden können.

Kommentar des Anwender-Forums (2026)

Im Anwenderforum werden einige Vorschläge zur Vermeidung eines erneuten Eintretens des geschilderten Ereignisses formuliert:

- Das Überwachungs-/Sedierungsprotokoll sollte, ähnlich einer SOP im operativen Bereich, um eine Rubrik zu genutzten Beatmungsgeräten ergänzt werden. Das Protokoll sollte auch um eine Abfrage zur Entfernung aller eingebrachten

Instrumentarien am Ende eines Eingriffs ergänzt werden.

- Wenn möglich, kann eine IT-Unterstützung eingeführt werden, so dass eine Checkliste digital abgehakt werden kann und auf genutzte Materialien und wieder zu entfernende Materialien hinweist.
- Auch die Übergabesituation, z.B. vor Rücktransport auf die für die Patientin bzw. den Patienten zuständige Station, sollte um die Abfrage nach der Entfernung aller genutzten Utensilien ergänzt werden.
- Wichtig ist auch eine enge Zusammenarbeit zwischen Einkauf und Nutzenden der Materialien. Nutzende sollten angehalten werden, den zuständigen Personen im Einkauf Rückmeldungen zu geben, wenn sich neue Materialien im Umgang als wenig geeignet oder sogar gefährlich erweisen. Hier sollte dann auf andere Produkte zurückgegriffen werden.

Das interne CIRS-Team der Einrichtung hat ebenfalls bereits Empfehlungen geäußert und spricht sich auch dafür aus, das Endoskopieprotokoll, um einen Punkt zur Entfernung eingebrachter Materialien zu ergänzen. Ebenso sollte geprüft werden, ob alternative, besser sichtbare Produkte genutzt werden können. Sollten keine Alternativen zur Verfügung stehen, müssen die Nutzenden im Umgang sensibilisiert und auf mögliche Gefahren hingewiesen werden.