

Sichere Gesundheitsversorgung von Kindern



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:

Sichere Gesundheitsversorgung von Kindern

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu Fehlern bei der Gesundheitsversorgung von Kindern eingegangen (siehe reale Fallbeispiele auf Seite 4 und 5). Die Fehler traten u.a. im Zusammenhang mit unzureichender Diagnostik und Wahrnehmung von Warnzeichen, fehlender Berücksichtigung von elterlichen Hinweisen bezüglich des Gesundheitszustandes ihres Kindes sowie verspäteten Untersuchungen und Interventionen auf. Es handelt sich hierbei um sehr kritische und vermeidbare Ereignisse, die teils zu erheblichen Folgeschäden bei den Kindern geführt haben. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangenen Fallberichte im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern und Anregungen zur Prävention. Am Welttag der Patientensicherheit am 17. September 2025, stellt die WHO unter dem Motto „Safe care for every newborn and every child“ die sichere Versorgung von Kindern ebenfalls in den Mittelpunkt.

Kinder sind eine besondere Risikogruppe für Fehler, da sie sich selbst oft nicht oder nur eingeschränkt äußern können und außerhalb der Pädiatrie manchmal die Erfahrung in der Behandlung von Kindern fehlt. Da Kinder sich in einer sensiblen Entwicklungsphase befinden, können Behandlungsfehler besonders schwer wiegen: Sie können dauerhafte körperliche oder geistige Beeinträchtigungen verursachen sowie langfristige gesundheitliche und soziale Folgen nach sich ziehen.

Um Fehler zu reduzieren, ist es zentral, dass mögliche Warnhinweise bei Kindern rechtzeitig identifiziert und notwendige Untersuchungen sowie Behandlungen zeitnah eingeleitet werden. Durch eine sorgfältige Diagnostik, Untersuchung, Berücksichtigung von elterlichen Hinweisen und angemessener Reaktion könnten viele schwerwiegende Fehler reduziert werden. Eine konstruktive Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonal und Eltern bzw. Betreuungspersonen ist entscheidend für eine sichere Behandlung von Kindern. Darüber hinaus ist es zentral, dass ein «ungutes Bauchgefühl» von Eltern und das Äussern von Bedenken ernstgenommen werden: Eltern bzw. Betreuungspersonen kennen ihr Kind meist am besten und nehmen kritische Veränderungen des Kindes oft früh wahr.

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen, die Kinder behandeln (ambulanter und stationärer Bereich)
- › Alle Mitarbeitende, die in die Gesundheitsversorgung von Kindern eingebunden sind (Schwerpunkt ärztliches und pflegerisches Personal)



Mögliche Faktoren für Fehler in der Schwangerschaft («Fallstricke»):

Die Ursachen für kritische Ereignisse bei der Gesundheitsversorgung von Kindern können vielfältig sein. Häufige Fehlerquellen sind:

Kommunikation und Zusammenarbeit

- › Unzureichende Kommunikation und Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonal, Eltern bzw. Betreuungspersonen und Kindern (falls vom Alter her möglich)
- › Sprach- oder Kulturbarrieren, die Kommunikation und Verständnis erschweren
- › Unzureichende Einbeziehung und Aufklärung der Eltern bzw. Betreuungspersonen über z.B. den weiteren Verlauf, Kontrolltermine, richtige Anwendung, Nebenwirkungen
- › Sorgen, Warnhinweise oder ein «schlechtes Bauchgefühl» von Eltern («Irgendetwas stimmt nicht mit meinem Kind») werden nicht ernst genommen bzw. führen nicht zu einer vertieften Diagnostik/Re-Evaluation

Fehlendes Wissen und unzureichende Erfahrung in der Kinderbehandlung

- › Fehlende pädiatrische Erfahrung, insbesondere in der Notfallversorgung
- › Fehlende kindgerechte Standards (z. B. Medikationsdosierungen) in Notaufnahmen oder auf Allgemeinstationen
- › Nicht altersgerechte Ausstattung, die auf Erwachsene statt Kinder ausgelegt ist

Defizite in Anamnese, Diagnostik und klinischer Beurteilung

- › Unzureichende Anamnese, Diagnostik, Untersuchung und/oder Überwachung des Kindes (zu enger Fokus)
- › Missachtung oder Fehlinterpretation von Warnzeichen, wie z. B. ungewöhnliche Müdigkeit, Schwäche, Appetitlosigkeit oder Wesensveränderung des Kindes
- › Fehler bei der Befunderhebung oder falsche Interpretation von Ergebnissen, z. B. zu spätes Erkennen von Infektionen, Übersehen von Hinweisen auf eine kritische Erkrankung
- › Fehlinterpretation von Symptomen oder Untersuchungsergebnissen, da Kinder oft unspezifische Symptome (z. B. Fieber, Erbrechen) zeigen

Kognitive Verzerrungen und Fehleinschätzungen

- › Zu frühe Fokussierung auf eine Verdachtsdiagnose oder einzelne Symptome (Fixierungsfehler)
- › Die Umstände lassen kritische Krankheitsbilder unwahrscheinlich erscheinen (junges Alter, keine Vorerkrankungen, untypische Beschwerden bzw. Anzeichen)

Arbeitsbelastung und Rahmenbedingungen

- › Zeitdruck und Stress, besonders in Notfallsituationen, aufgrund hoher Komplexität



Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister(1):

Fall 1: Pflegefehler bei der Neugeborenen-Betreuung. Das Kind wurde gesund geboren und konnte problemlos gestillt werden. Am nächsten Tag war es sehr schläfrig und trank nicht. Das Pflegepersonal wurde mehrmals von den Eltern auf den Zustand des Kindes angesprochen. Auch als das Kind die Augen verdrehte und verkrampfte Mundwinkel hatte, wurden die Eltern nur getröstet. Erst am darauffolgenden Tag, als das Kind beim Waschen des Kopfes keine Reaktion zeigte, wurden ärztliche Untersuchungen eingeleitet. Es stellte sich heraus, dass das Kind über einen längeren Zeitraum einen zu niedrigen Blutzuckerspiegel hatte, was zu einem Hirnödem führte. In der Folge entwickelte das Kind eine Epilepsie. Vermutet wird, dass die Warnzeichen nicht sachgerecht erkannt und behandelt wurden.

Fall 2: Auf Entwicklungsverzögerung eines zweitgeborenen Zwillings wurde nicht reagiert. Die Mutter vermutete mit ihrer Anwältin einen Behandlungsfehler der Kinderärztin, da das Kind von Anfang an Entwicklungsverzögerungen im Vergleich zur Zwillingsschwester zeigte. Dennoch hielt die Ärztin dies für unauffällig und leitete keine weiteren Untersuchungen ein. Nachdem keine Besserung eintrat, wechselte die Mutter den Arzt, der einen Gentest veranlasste: Es wurde Spinale Muskelatrophie (SMA) diagnostiziert. Ein Gutachten ergab, dass die erste Kinderärztin trotz dokumentierter Entwicklungsrückstände keine Verdachtsdiagnose gestellt, keine Überweisung zur Neuropädiatrie angeordnet und keine Einweisung in ein Sozialpädiatrisches Zentrum veranlasst hatte. Das Vorgehen wurde als grober Diagnosefehler gewertet. Ein frühzeitiger Therapiebeginn mit Nusinersen hätte den Verlauf verlangsamen können. Zudem lag ein Befunderhebungsfehler vor, da trotz fehlender Fortschritte unter Physiotherapie keine weiteren Diagnoseschritte erfolgten.

Fall 3: Unzureichende Diagnostik bei Abszess im tiefen Halsbereich. Das Kind wurde zunächst wegen Verdachts auf eine akute EBV-Infektion (Pfeiffersches Drüsenfieber) behandelt, da keine Hinweise auf eine eitrige oder bakterielle Infektion vorlagen. Ein Wiedervorstellungstermin bei Verschlechterung wurde nicht vereinbart. Der weiterbehandelnde Arzt übernahm die Diagnose ohne Rückfragen, verzichtete auf einen CRP-Schnelltest und wies das Kind trotz zunehmender Schwellung und hohem Fieber nicht ins Krankenhaus ein. Erst auf Initiative der Mutter erfolgte eine HNO-Untersuchung, bei der ein Peritonsillarabszess vermutet wurde. Das CRP war stark erhöht (118mg/l), die Leukozytenzahl sehr hoch (33.000). Ein MRT zeigte einen Parapharyngealabszess, der notfallmäßig operiert werden musste. Das Fehlen weiterer Diagnostik und einer frühzeitigen Krankenhauseinweisung führte zu einer gefährlichen Verzögerung bei der Behandlung des schweren bakteriellen Abszesses.

Fall 4: Schwerhörigkeit bei Kind mehr als 2 Jahre nicht erkannt. Die Ärzte haben nach der Frühgeburt des Kindes gesagt, dass das Kind hören könne. Erst 2 Jahre später teilte man mit, dass das Kind schwerhörig ist, obwohl schon mehrfach ein Hörtest gemacht wurde. Dieser sei immer unauffällig gewesen. Erst nachdem die Mutter monatelang auf weitere Tests bestanden hat, stellte sich heraus, dass das Kind zwei Hörgeräte braucht. Die Beharrlichkeit der Mutter war in diesem Fall entscheidend für den weiteren Verlauf.



Wie gefällt Ihnen dieses Patientensicherheits-Signal?
Ihre Meinung ist uns wichtig. Geben Sie uns Feedback.

Zum Kurzfragebogen: <https://patientensicherheit.de/tk-pss-umfrage>

Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister (2):

Fall 5: Akute Appendizitis nicht rechtzeitig erkannt. In einer Kinderarztpraxis wurde bei einem erkrankten Kind keine fachgerechte Untersuchung durchgeführt. Die Anamnese war unzureichend, wichtige körperliche Untersuchungen (Lunge, Leber, Milz, Genitalregion, Körpertemperatur) sowie die Beurteilung des Allgemeinzustands und Flüssigkeitshaushalts fehlten. Darmgeräusche wurden nicht abgehört und eine Urinuntersuchung wurde nicht vorgenommen. Es erfolgte keine angemessene ärztliche Verlaufskontrolle. Ein Kontrolltermin wurde nicht vereinbart und die Eltern wurden nicht über die Bedeutung einer Wiedervorstellung bei anhaltenden Beschwerden informiert. Durch diese Versäumnisse kam es zu einer verspäteten Diagnose einer blinddarmbedingten Bauchfellentzündung (perforierte Appendizitis). Statt eines einfachen, minimalinvasiven Eingriffs war daher eine größere Operation mit Baucheröffnung, Entfernung von Abszessen und Drainagen nötig. Nach der Operation bildete sich ein weiterer Abszess, der eine zweite Operation mit CT-gesteuerter Drainage erforderte. Als Folge der langwierigen Antibiotikatherapie entwickelte das Kind schließlich ein seltenes Medikamentenunverträglichkeitssyndrom (DRESS-Syndrom).



Fall 6: Perforation der Speiseröhre bei Ösophagoskopie, keine Reaktion auf diese und ihre Folgen. Das Kind wurde mit einer angeborenen Speiseröhrenfehlbildung geboren und unmittelbar am Tag der Geburt operiert. Nach der Operation entwickelte sich an der Verbindungsstelle der Speiseröhre eine Verengung, die behandelt werden musste. Im Alter von etwa 1¾ Jahren wurde bei dem Kind eine Speiseröhrenspiegelung mit Ballondilatation zur Erweiterung der Verengung durchgeführt. Dabei kam es zu einer Speiseröhrenperforation, die leider erst spät erkannt wurde. Bereits unmittelbar nach dem Eingriff zeigten sich im Aufwachraum und auf der Kinderstation deutliche Anzeichen einer Perforation, die jedoch trotz mehrfacher Dokumentation nicht als solche erkannt wurden. Eine frühzeitige ärztliche Untersuchung und bildgebende Verfahren (Röntgen oder CT mit Kontrastmittel) hätten die Perforation wahrscheinlich aufdecken können. Die verspätete Diagnose führte zum Auftreten eines Spannungspneumothorax und letztlich zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand mit schwerer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns (hypoxische Hirnschädigung). Kleinkinder zeigen bei Perforationen häufig unspezifische, diffuse Symptome und Verhaltensänderungen. Daher sind bei Kindern eine sorgfältige Beobachtung und ein hohes Maß an Wachsamkeit wichtig, um rechtzeitig reagieren und Komplikationen vermeiden zu können.

Fall 7: Unzureichende Überwachung eines Säuglings im Rahmen einer PEG-Anlage. Ein 7 Monate alter Säugling mit Gedeihstörung erhielt eine PEG-Sonde, woraufhin sich direkt nach der ersten Sondierung schwerwiegende Komplikationen wie hohes Fieber, Durchfall und ein schmerzhafter, harter Bauch entwickelten. Trotz deutlicher Warnzeichen und wiederholten Aufforderungen der Begleitperson wurden notwendige Untersuchungen und eine rasche Therapie vom ärztlichen Team zunächst mehrfach verzögert. Erst durch beharrliches Drängen der Begleitperson erfolgten Blutentnahmen und bildgebende Untersuchungen, die schwerwiegende Komplikationen wie eine Bauchfellentzündung und Fehlplatzierung der Sonde aufdeckten.

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Niedrigschwellige, unabhängige und rasche Eskalationsmöglichkeiten für Eltern und Angehörige

Seit 2024 wird im englischen Gesundheitssystem (National Health Service - NHS) «Martha's Rule» implementiert. Hintergrund ist der tragische Fall von Martha Mills, die 2021 im Alter von 13 Jahren an einer unerkannten und nicht rechtzeitig behandelten Sepsis starb, obwohl ihre Eltern mehrfach auf die Verschlechterung ihres Zustands hingewiesen hatten. Martha's Rule schafft einen klaren, niedrigschwelligen und unabhängigen Eskalationsweg, damit kritische Veränderungen des Zustands eines Kindes nicht übersehen und unmittelbar die notwendige Hilfe eingeleitet werden kann. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn sich Eltern trotz dem Äußern von Bedenken vom Gesundheitspersonal nicht ernst genommen fühlen.

Dieses Vorgehen ist ausschließlich für akute, potenziell lebensbedrohliche Situationen gedacht und besteht aus verschiedenen Teilbereichen. Die in diesem Signal aufgeführten Fälle weisen auf das enorme Potential von Martha's Rule für das deutsche Gesundheitswesen hin.

<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/marthas-rule/>

Association between caregiver concern for clinical deterioration and critical illness in children presenting to hospital: a prospective cohort study

Mills, Erin et al. *The Lancet Child & Adolescent Health*, Volume 9, Issue 7, 450 – 458

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(25\)00098-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(25)00098-7/abstract)

Aufnahme, Kommunikation und Einbezug

- › Wie werden in Ihrer Einrichtung bei Kindern eine angemessene Aufnahmediagnostik und -untersuchung sichergestellt. Wird diese ggf. von erfahrenen Kollegen überprüft?
- › Existieren kindgerechte Standards, vor allem in der Notaufnahme?
- › Werden Eltern bzw. Betreuungspersonen und Kinder aktiv in die Gesundheitsversorgung sowie Entscheidungen eingebunden?
- › Verteilen Sie Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige, wie z.B. die APS-Broschüre „Sicher im Krankenhaus“?
- › Werden Eltern als wichtiger Teil des Teams für die sichere Versorgung ihrer Kinder gesehen?
- › Wie werden Eltern über den weiteren Verlauf, Kontrolltermine, richtige Anwendung, Nebenwirkungen, wichtige Informationen etc. aufgeklärt?
- › Wie gehen Sie mit Rückfragen bzw. Bedenken von Seiten der Eltern um?
- › Werden Sorgen bzw. ein «schlechtes Bauchgefühl» von Eltern («Irgendetwas stimmt nicht mit meinem Kind») ernst genommen und ggf. erneut und erweitert abgeklärt?

- › Wie wird eine verständliche, möglichst kindgerechte Kommunikation gefördert?
- › Welche Eskalationsmöglichkeiten stehen Eltern in Ihrer Einrichtung zur Verfügung, wenn sie sich bei der Behandlung ihres Kindes nicht ernst genommen bzw. gehört fühlen?
- › Gibt es vor der Entlassung von Kindern durch unerfahrenere Mitarbeitende einen Check durch erfahrenes Personal?



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Warnzeichen

- › Wie werden Warnzeichen in Ihrer Einrichtung bei Kindern erhoben, die auf einen kritischen Krankheitsverlauf hindeuten können?
- › Liegt in Ihrer Einrichtung eine fachgebietspezifische Kriterienliste mit möglichen Symptomen sowie konkreten Diagnose- und Interventionsritten zum rechtzeitigen und korrekten Erkennen von kritischen Krankheitsverläufen bei Kindern vor («Worst Case Diagnosen»)?
- › Wann werden diagnostische Maßnahmen (z.B. Blutuntersuchung, Ultraschall, CT) eingeleitet?
- › Wie wird sichergestellt, dass alarmierende Untersuchungsergebnisse bei Kindern zeitnah bekannt und berücksichtigt werden (z.B. Laborwerte, Auffälligkeiten beim Ultraschall)?
- › Sind Warnhinweise für besonders kritische Situationen bei Kindern allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt bekannt und ab wann sind Notfallmassnahmen indiziert? («Warnzeichen bzw. Red-Flags»)
- › Wie werden «Worst-Case-Diagnosen» (z. B. Sepsis, Hirnhautentzündung, Blinddarmrentzündung, innere Blutungen, Darmverschluss, Leukämie etc.) sicher bei Kindern ausgeschlossen?
- › Werden elterliche Hinweise als wichtige Warnsignale ernst genommen und als Teil der Gesamtbeurteilung genutzt?

Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden

- › Wie wird das Personal hinsichtlich möglicher kritischer Ereignisse bzw. Fehler bei der Gesundheitsversorgung von Kindern geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie wird das Personal für den Umgang mit Eltern – insbesondere in emotional belastenden Situationen rund um das eigene Kind – sensibilisiert und geschult?
- › Wie oft werden Schulungen sowie Fallbesprechungen zu dieser Thematik durchgeführt?
- › Wie stellen Sie bei wichtigen Entscheidungen sicher, dass Mitarbeitende über ausreichend Erfahrung und Wissen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Kindern verfügen?

Ereignisse verstehen und aus Fehlern lernen

- › Wird in Ihrem CIRS dazu berichtet und werden diese Berichte ausgewertet?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Fehlern bei der Behandlung von Kindern?
- › Wie wurden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen abgeleitet?
- › Wie findet in solchen Fällen die Kommunikation mit den Angehörigen statt?
- › Führen Sie Auswertungen der externen Qualitätssicherung (QS) Neonatologie nach bestimmten ICD-Codes durch?



Wichtige Verlinkungen/ Literatur:

Informationen zum Welttag Patientensicherheit 2025 und der APS-Veranstaltung unter

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

Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten vom Aktionsbündnis Patientensicherheit

<https://www.aps-ev.de/informationsbroschur/258311/?hilite=sicher+im+krankenhaus>

Weitere Verlinkungen

<https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Auf-das-Bauchgefuehl-ist-Verlass-287492.html>

https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2013/06-2013/2013_6_286-294_Medikamentenfehler%20%20bei%20Kindernotfaellen.pdf

<https://www.bdc.de/dgkch-patientensicherheit-fuer-kinder-ist-nicht-nur-eine-ethische-verpflichtung-sondern-auch-eine-investition-in-die-zukunft/page/26/>

<https://www.eltern-bildung.at/schwerpunktthema/gesundheit-sicherheit/wenn-kinder-krank-sind/grenzen-der-selbsthilfe-bauchgefuehl-oder-sichere-alarmzeichen/>

<https://www.springer.com/de/ueber-springer/medien/pressemitteilungen/pflege/kind-im-krankenhaus--eltern-bestmoeglich-einbinden-/23142550>

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(25\)00098-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(25)00098-7/abstract)

<https://www.tk.de/techniker/krankheit-und-behandlungen/erkrankungen/behandlungen-und-medizin/verdaungstrakt/welche-ursachen-koennen-bauchschmerzen-im-kindesalter-haben-2021492>



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 Intra-
okularlinsen
- › TK-PSS Nr. 9: Patiententransport mit unzurei-
chender Sauerstoffversorgung
- › TK-PSS Nr. 10: Mangelnde oder fehlende Deku-
bitusprophylaxe
- › TK-PSS Nr. 11: Verbleib von Katheter- bzw. Drai-
nageanteilen im Patientenkörper
- › TK-PSS Nr. 12: Eingriffsverwechslungen
- › TK-PSS Nr. 13: Schadensfallmeldungen im
Zusammenhang mit einer Zahnarztbehandlung
- › TK-PSS Nr. 14: Reduktion von Diagnosefehlern
- › TK-PSS Nr. 15: CTGs im Rahmen der Geburtshilfe
- › TK-PSS Nr. 16: Erhöhung der Sicherheit während
der Schwangerschaft
- › TK-PSS Nr. 17: Erhöhung der Sicherheit während
der Geburt



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:

[https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/
patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498](https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/patientensicherheit/tk-patientensicherheitsinformationen-2151498)

Über die TK-Patientensicherheits-Signale

Die TK zeigt eine klare Haltung zum Thema Patientensicherheit in zahlreichen Initiativen und Innovationen.

Die TK Patientensicherheits-Signale (PSS) basieren auf der Analyse von Behandlungsfehler-Vorwürfen von Versicherten 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 unserem Partner DGPS werden diese Vorkommnisse anonymisiert und hinsichtlich ihrer Gefährdungs- und Präventionspotentiale analysiert.

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 und beteiligt sich an der Kommentierung und Verbreitung der PSS. 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-Spezialist für Medizinrechte

Christian Soltau

Bramfelder Str. 140
22301 Hamburg

Tel. 040 – 6909 - 3396
Christian.Soltau@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:



Deutsche Gesellschaft
für Patientensicherheit

inworks® Health Care



Bildquellen:
www.freepik.com