

Sichere Indikationsstellung



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 Indikationsstellung

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu Fehlern im Zusammenhang mit unzureichender Indikationsstellung eingegangen (siehe reale Fallbeispiele ab Seite 4). Es handelt sich hierbei um sehr kritische und vermeidbare Ereignisse, die teils zu erheblichen Folgeschäden geführt haben. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangenen Fallberichte und Anregungen zur Prävention.

Die Indikationsstellung ist ein zentraler Bestandteil ärztlichen Handelns. Sie beschreibt die fachlich begründete Entscheidung, ob und in welchem Umfang eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme basierend auf Diagnose, Patientenhistorie, Nutzen-Risiko-Abwägung und den individuellen Patientenbedürfnissen medizinisch notwendig, sinnvoll, angemessen und vertretbar ist. Die Indikation bildet damit die Schnittstelle zwischen ärztlicher Expertise, wissenschaftlicher Evidenz und den individuellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Eine elementare Grundlage für die Entscheidungsfindung und Indikationsstellung sind folglich die medizinische Notwendigkeit und die Nutzen-Risiko-Abwägung unter ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten für die jeweiligen Patientinnen und Patienten. Eine sichere Indikationsstellung verlangt somit nicht nur fachliches Wissen, sondern auch Erfahrung und kommunikative Kompetenz. Nur durch eine strukturierte, nachvollziehbare Indikationsstellung kann eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung gewährleistet werden. Die Indikationsstellung entscheidet folglich über die weitere Patientenversorgung und ist somit zentral für die Patientensicherheit.

Die Indikationsstellung leitet sich aus dem ärztlichen Auftrag ab, Leiden zu erkennen, zu lindern und Schaden zu vermeiden. Sie stellt sicher, dass medizinische Maßnahmen nicht willkürlich, sondern auf einer wissenschaftlich fundierten, patientenorientierten Entscheidung beruhen.

Eine sorgfältige Indikationsstellung dient mehreren Zielen:

- › Patientensicherheit: Vermeidung unnötiger oder riskanter Eingriffe.
- › Qualität der Versorgung: Sicherstellung, dass Maßnahmen den aktuellen medizinischen Standards entsprechen.
- › Rechtliche Absicherung: Die Indikation ist Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe (§ 630a BGB, Sorgfaltspflicht).
- › Ressourcenschonung: Vermeidung ineffizienter oder überflüssiger Behandlungen.

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich; Schwerpunkt ärztliches Personal).



Mögliche Faktoren für Fehler:

Die Ursachen für Fehler bei der Indikationsstellung können vielfältig sein. Mögliche Fehlerquellen sind:

- › Zeitdruck und Stress bei der Diagnostik und Entscheidungsfindung
- › Konflikte zwischen Leitlinien und Patientenwunsch
- › Fehlende Patientenzentrierung (Shared Decision Making)
- › Fehlende Nutzen-Risiko-Abwägung
- › Unzureichende Kommunikation und Koordination innerhalb des Behandlungsteams
- › Unvollständige Anamnese, Diagnostik, Untersuchung und/oder Überwachung
- › Fehler bei der Befunderhebung oder falsche Interpretation von Ergebnissen
- › Fehlinterpretation von Symptomen oder Untersuchungsergebnissen
- › „Routine“-Indikationen ohne individuelle Prüfung
- › Fehlende oder unzureichende Dokumentation
- › Fehlende Re-Evaluation (z. B. Medikament weitergegeben, obwohl Indikation nicht mehr besteht)
- › Einfluss von äußeren Faktoren (z. B. Personal-mangel, ökonomischer bzw. organisatorischer Druck)



**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 1:

Fall 1: Fehlerhafte Indikationsstellung zur Implantation einer Bandscheibenprothese. Bei einer Patientin wurde eine Bandscheibenprothese implantiert, ohne dass zuvor die medizinisch notwendigen Standards zur Indikationsstellung eingehalten wurden. Die Schmerzen der Patientin hätten sowohl von der Bandscheibe als auch von den Facettengelenken ausgehen können. Eine gründliche differentialdiagnostische Abklärung erfolgte jedoch nicht. Zwar führten Injektionen in die Facettengelenke (Facetteninfiltrationen) zu einer deutlichen Schmerzlinderung. Dies belegte, dass die Beschwerden zumindest teilweise von den Facettengelenken verursacht wurden. Ein solches Ansprechen konnte jedoch nicht als ausreichende Begründung für die Entscheidung zugunsten einer Bandscheibenprothese herangezogen werden. Entscheidend wäre gewesen, zusätzlich zu prüfen, in welchem Ausmaß die Bandscheibe tatsächlich an der Schmerzentstehung beteiligt war. Da diese Abklärungen unterblieben, wurde die Implantation der Bandscheibenprothese fehlerhaft indiziert und durchgeführt. Postoperativ kam es zu keiner Schmerzverbesserung. In der Folge war eine Revisionsoperation erforderlich, und die Patientin blieb über ein Jahr arbeitsunfähig.

Fall 2: Operation zur Behandlung von Wirbelbrüchen korrekt durchgeführt, aber medizinisch nicht erforderlich. Beim Patienten lag eine osteoporotische Fraktur der Deckplatte des 4. Lendenwirbelkörpers vor. Dabei zeigte sich lediglich eine leichte Eindellung sowie die Abspaltung eines kleinen Anteils an der Vorder- und Oberkante des Wirbels. Die Hinterkante des Wirbelkörpers war nicht betroffen, es bestand keine Instabilität. Nach Bewertung mit einem Bewertungssystem (OF-Score) sowie im Abgleich mit den aktuellen Leitlinien ergab sich keine Operationsindikation für eine Kyphoplastie. Dennoch wurde der Eingriff durchgeführt. Er erfolgte *lege artis*, es wurde ein korrektes Alignment der Lendenwirbelsäule dokumentiert, und dem Patienten entstand dadurch kein medizinischer Nachteil. Die weiterhin bestehenden Schmerzen sind nicht auf die Operation, sondern auf die zugrunde liegende Osteoporose zurückzuführen.

Fall 3: Implantation von Bandscheibenprothesen nicht indiziert. Bei der ersten Operation wurde die notwendige Sorgfalt eingehalten. Bei einer späteren Folgeoperation wegen eines erneuten Bandscheibenvorfalles (L5/S1 links) wurden jedoch die Kriterien für den Einsatz von Bandscheibenprothesen nicht beachtet. Aufgrund des Rückfalls, der Narbenbildung und bereits vorhandener Nervenstörungen (L5 und S1 links) war der Einsatz von Prothesen in zwei Lendenwirbelsegmenten nicht indiziert. Durch den nicht gerechtfertigten Eingriff wurden beim Zugang über den linken Unterbauch Nerven verletzt. In der Folge entwickelte der Patient eine Neuropathie mit brennenden und stechenden Schmerzen, die sich über die linke Bauchwand, Leiste, den Oberschenkel und den linken Hodensack ausbreiten.

Fall 4: Fehlende Indikation für HNO-Operation. Ein Patient wurde bereits nach nur einem einzigen ambulanten Termin mit Verdacht auf Sinusitis ins Krankenhaus eingewiesen. Es lag jedoch weder eine zwingende noch eine relative Indikation für eine Operation vor. Bei dem Eingriff in der HNO-Abteilung kam es zu einer Verletzung der linken Lamina papyracea – einer sehr dünnen knöchernen Wand, die das Siebbeinsystem von der Augenhöhle trennt.

Fall 5: Fehlerhafte Aufklärung - Alternativen wurden nicht genannt. Aufgrund einer unzureichenden ärztlichen Untersuchung (fehlende Differentialdiagnostik) wurde ein operativer Eingriff durchgeführt, obwohl bei der milden Symptomatik eine konservative Behandlung sicherer und angemessener gewesen wäre. Der Patient wurde nicht ausreichend über die Risiken und Alternativen der Operation aufgeklärt. Die Operationsentscheidung ist daher medizinisch nicht nachvollziehbar. Infolge des Eingriffs trat eine schwere Komplikation auf – ein akutes Querschnittssyndrom unterhalb von C2. Der zuvor gehfähige Patient war danach pflegebedürftig und ateminsuffizient. Diese schweren Folgen stehen in direktem Zusammenhang mit den Behandlungsfehlern. Der Patient verstarb schließlich an den Komplikationen.

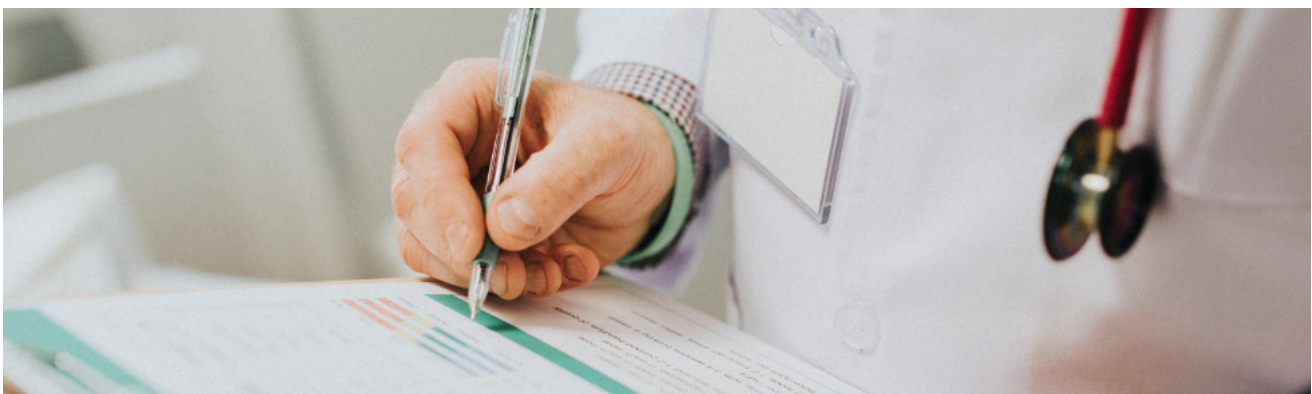
Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister 2:

Fall 6: Nicht indizierte Stufenbiopsie. Die Darmspiegelung (Koloskopie) verlief technisch ohne Probleme. Bei der Betrachtung der Darmschleimhaut zeigten sich keine auffälligen Veränderungen. Es wurden Gewebeproben (Stufenbiopsien) aus verschiedenen Abschnitten des Dickdarms entnommen: aus dem Blinddarm (Coecum), dem aufsteigenden, quer verlaufenden, absteigenden und dem Sigma-Darm sowie aus dem Enddarm (Rektum). Die Indikation für Stufenbiopsien bei unauffälliger Schleimhaut während einer Vorsorgekoloskopie ist medizinisch nicht gegeben.

Fall 7: Schulterreckgelenkssprengung wurde trotz Röntgen übersehen. Auf den Röntgenaufnahmen, die vor und nach der Operation angefertigt wurden, ist eine Verletzung des Schulterreckgelenks deutlich zu erkennen. In den medizinischen Unterlagen – sowohl bei der ambulanten Erstuntersuchung als auch während des stationären Aufenthalts – wird diese Verletzung jedoch nicht erwähnt. Das betrifft insbesondere die Befundung der prä- und postoperativen Röntgenbilder, den Entlassungsbrief sowie den Operationsbericht. Für die festgestellte Schulterreckgelenkssprengung hätte eine Operationsindikation bestanden.

Fall 8: Unzureichende Diagnostik bei dringendem Verdacht auf Appendizitis. Patient wurde wegen akuter Bauchschmerzen aufgenommen. Eine interdisziplinäre Diagnostik erfolgte, jedoch wurde trotz klinisch dringendem Verdacht keine Indikation zur notfallmäßigen CT-Abdomen-Untersuchung gestellt. In der anschließenden ambulanten Nachkontrolle unterblieb trotz persistierend hohen Fiebers und fortbestehender Schmerzen in der rechten Flanke eine weiterführende Diagnostik. Folge: Perforierte Appendizitis mit komplikationsreichem Verlauf. Durchführung einer rechtsseitigen Hemikolektomie mit Anastomose und Anlage eines Ileostomas.

Fall 9: Beinverlust durch fehlende Qualitätskontrolle während OP. Die Patientin stellte sich wegen einer akuten Verschlechterung ihrer bekannten arteriellen Durchblutungsstörungen (pAVK) am rechten Bein (nach Fontaine III) mit Ruheschmerzen und beginnenden Gefühlsstörungen im Krankenhaus vor. Es bestand eine dringliche Indikation zur Gefäßrekonstruktion. Im Farbdoppler zeigte sich ein Verschluss des femoropoplitealen Bypasses rechts, sodass eine sofortige operative Bypassstherombektomie korrekt durchgeführt wurde. Eine präoperative Angiographie war bei dieser Notfallindikation nicht erforderlich, da sie nur zu Zeitverlust geführt hätte. Allerdings hätte intraoperativ am Ende der Operation zwingend eine Angiographie zur Qualitätskontrolle erfolgen müssen, um die Wiederherstellung der Durchblutung zu prüfen. Laut OP-Bericht wurde diese Kontrolle nicht durchgeführt. Nachträglich ist davon auszugehen, dass am Ende der Operation keine ausreichende Durchblutung des rechten Unterschenkels bestand. Da keine Kontraindikationen vorlagen, stellt das Unterlassen dieser Maßnahme einen schweren Behandlungsfehler dar, der letztlich zur Oberschenkelamputation führte. Die intraoperative Angiographie gilt als Goldstandard der Qualitätskontrolle und ist in Leitlinien vorgeschrieben.



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Voraussetzungen einer sicheren Indikationsstellung

Eine sichere medizinische Indikation erfordert:

- › Sorgfältige Anamnese und Diagnostik: vFundierte Datengrundlage über Gesundheitszustand, Krankheitsverlauf und Begleiterkrankungen.
- › Evidenzbasierte Beurteilung: Orientierung an Leitlinien, wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Erfahrung.
- › Abwägung von Nutzen und Risiko: Jede Maßnahme muss einen zu erwartenden Nutzen haben, der potenzielle Risiken überwiegt.
- › Individuelle Patientenfaktoren: Berücksichtigung von Alter, Komorbiditäten, Lebenssituation und Patientenwunsch.
- › Transparente Dokumentation: Nachvollziehbare Begründung der Entscheidung im ärztlichen Bericht.

Diagnostik, Entscheidungsfindung und Begründung der Indikation

- › Wie wird sichergestellt, dass die Anamnese vollständig erfolgt (inkl. Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden, Medikationsplan) und alle relevanten Befunde/Untersuchungsergebnisse vorliegen, die die Indikationsstellung stützen?
- › Wie werden Differentialdiagnosen geprüft und wie beeinflussen sie Entscheidungen?
- › Wie wird sichergestellt, dass die Indikation auf aktueller Evidenz oder Leitlinien basiert?
- › Wie wird gewährleistet, dass die Indikation im Therapieverlauf regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst wird?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung

- › Welche Fachdisziplinen werden in die Indikationsstellung und Entscheidungsfindung eingebunden und wie erfolgt der Austausch?
- › Wie wird die Indikationsstellung interdisziplinär abgestimmt (z.B. Konsile, Fallbesprechungen, externe Fachmeinungen)?
- › Wie wird im Team die Verantwortung für die Indikationsentscheidung definiert und dokumentiert?

- › Wie werden Kolleginnen und Kollegen ermutigt, eine abweichende Meinung zu äußern? Wie wird mit damit im Team umgegangen?
- › Welche Maßnahmen stellen sicher, dass bei komplexen Fällen zusätzliche Expertise rechtzeitig hinzugezogen wird?

Nutzen-Risiko-Analyse

- › Wie wird sichergestellt, dass Maßnahmen medizinisch notwendig und durch aktuelle Leitlinien oder Evidenz begründet sind?
- › Wie wird die Notwendigkeit von Maßnahmen im Verhältnis zu möglichen Risiken bewertet?
- › Wie erfolgt die Nutzen-Risiko-Abwägung für die individuelle Patientensituation und wird diese klar dargelegt?
- › Wie werden Besonderheiten, wie Komorbiditäten, Vorerkrankungen und individuelle Risiken analysiert und im Entscheidungsprozess berücksichtigt?
- › Wie wird geprüft, ob es gleichwertige oder weniger belastende Therapieoptionen bzw. Behandlungsalternativen (konservativ, interventionell, operativ) gibt und wie werden diese abgewogen?
- › Wie wird sichergestellt, dass mögliche Therapieoptionen unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien und Standards diskutiert werden?

Patientenzentrierung und Kommunikation

- › Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden?
- › Wie und wann werden Patientinnen und Patienten über Nutzen, Risiken und Alternativen der Therapieoptionen aufgeklärt?
- › Wie wird der Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten bei der Indikationsstellung ermittelt und erfüllt?
- › Wie werden kulturelle, sprachliche oder individuelle Bedürfnisse bzw. Werte und Wünsche von Patientinnen und Patienten in die Indikationsstellung integriert?
- › Wie werden individuelle Präferenzen je nach Lebensumstand und Therapieziel im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making) berücksichtigt?

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Juristische und ethische Aspekte

- › Wie wird die umfassende Aufklärung und Einwilligung von Patientinnen und Patienten sichergestellt?
- › Wie wird gewährleistet, dass die Indikationsstellung juristischen und ethischen Voraussetzungen entspricht? Wie wird dies geprüft?

Dokumentation und Nachvollziehbarkeit

- › Wie und wo wird die Indikationsstellung begründet sowie nachvollziehbar, eindeutig und strukturiert dokumentiert?
- › Welche relevanten Befunde oder Zusatzinformationen werden in die Dokumentation aufgenommen?
- › Wie wird sichergestellt, dass alle entscheidungsrelevanten Informationen, Überlegungen und finale Begründungen der Indikation vollständig dokumentiert vorliegen?
- › Wie wird gewährleistet, dass die Dokumentation für Dritte verständlich und überprüfbar ist?
- › Wird in der Dokumentation ein Reevaluationszeitpunkt festgelegt (z. B. Kontrolle, Verlaufskontrolle, Absetzen)?

Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden

- › Wie wird das Personal hinsichtlich möglicher kritischer Ereignisse bzw. Fehler bei der Indikationsstellung geschult bzw. sensibilisiert?
- › 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 Indikationsstellung verfügen?
- › Wie wird Weiterbildung oder Supervision genutzt, um die Qualität von Indikationsstellungen zu verbessern?

Qualitätsverbesserung und Lernen aus Fehlern

- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu Fehlern bei der Indikationsstellung?
- › Wird in Ihrem CIRS zu kritischen Ereignissen bei Indikationsstellung berichtet? Wie werden diese Fälle aufgearbeitet und welche systematischen Maßnahmen wurden abgeleitet?
- › Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie für den Ablauf der Indikationsstellung?
- › Wie wird sichergestellt, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse zeitnah in die Indikationsstellung einfließen?
- › Welche internen Prozesse fördern eine regelmäßige Reflexion der Indikationsqualität im Team?



Empfehlungen und Informationen vom Aktionsbündnis Patientensicherheit

„Vier-Augen-Prinzip“ im akutstationären Medikationsprozess

<https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258191/>

Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus - Neuauflage der Checkliste zur AMTS

<https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/258034/>

Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/HE_Risikomanagement-1.pdf

Informationen für Patientinnen und Patienten: Speak up! Was Sie für ihre eigene Sicherheit tun können.

<https://www.aps-ev.de/informationsbroschur/speak-up-was-sie-fuer-ihre-eigene-sicherheit-tun-koennen/>

23 starke Programmpunkte zum Thema „Sichere Diagnose. Richtige Behandlung“ für mehr Patientensicherheit – Expert:innen und Betroffene im Dialog. Pressemeldung: Veranstaltung des Aktionsbündnis Patientensicherheit zum Welttag der Patientensicherheit

<https://www.aps-ev.de/2024/09/24/veranstaltung-des-aktionsbuendnis-patientensicherheit-zum-welttag-der-patientensicherheit/?hlite=morbidit%C3%A4t>

Weitere Verlinkungen/ Literatur

<https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/details/news/detail/News/aerztliche-indikationsstellung.html>

https://www.fmh.ch/files/pdf8/GLP_Diagnose_und_Indikation_als_Schlsseldimension_der_Qualitt_SAEZ_Nr_41_20122.pdf

https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Position/20220117_Positionspapier_Indikationsqualitaet_V1_DE_def.pdf

<https://viamedici.thieme.de/lernmodul/8634028/4915302/indikationsstellung+f%C3%BCr+operationen+und+wahl+des+zeitpunkts>

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
- › 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
- › TK-PSS Nr. 18: Sichere Gesundheitsversorgung von Kindern
- › TK-PSS Nr. 19: Thrombose sicher erkennen und vermeiden



Alle TK PSS sind online verfügbar unter:

<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.

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

