

Arzneimitteltherapiesicherheit: Reduktion von Verordnungsfehlern



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:

Arzneimitteltherapiesicherheit: Reduktion von Verordnungsfehlern

Bedeutung:

Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu kritischen Ereignissen im Zusammenhang mit Medikationsfehlern, vor allem dem Prozessschritt der Verordnung, eingegangen (siehe reale Fallbeispiele auf Seite 4). Medikationsfehler gehören mit zu den häufigsten Fehlern im Gesundheitswesen. Sie führen teilweise zu gravierenden Schäden und verursachen hohe Kosten durch verlängerte Krankenhausaufenthalte und zusätzliche Behandlungen.

Eine einheitliche bundesweite Statistik zu Medikationsfehlern und deren Kosten liegt nicht vor. Die verfügbaren Zahlen variieren je nach Quelle und Fokus:

- › Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verzeichnet jährlich rund 1.000 Meldungen zu Medikationsfehlern.
- › Rund 250.000 Krankenhauseinweisungen sind jährlich auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen (Bundesregierung 2018). Diese Schätzung leitet sich von Studien ab, wonach ca. 5% aller Krankenhauseinweisungen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zurückgehen und davon ein Viertel vermeidbar ist.
- › Zudem haben ca. 40 Prozent der Patienten, die drei oder mehr Medikamente einnehmen, schon einmal Probleme mit ihrer Medikation gehabt (Ärztezeitung 2022).

Weitere Zahlen zur Einordnung lieferte ein Report der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Demnach könnte zehn Prozent der Krankenhauseinweisungen in OECD-Ländern auf medikamenteninduzierte Schäden zurückzuführen sein. Die Kosten durch Hospitalisierungen und verlängerte Krankenhausaufenthalte aufgrund vermeidbarer Medikamentenwirkungen belaufen sich für die 38 OECD-Länder auf mehr als 54 Milliarden US-Dollar. In Deutschland liegen die Gesundheitskosten durch Medikationsfehler jährlich zwischen 800 Millionen und 1,2 Milliarden Euro (Deutsches Ärzteblatt 2022).

Die Analyse von tausenden Medikationsfehlern zeigte: Häufig bilden diese vermeidbaren kritischen Ereignisse eine Fehlerkette aufgrund nicht funktionierender Sicherheitsbarrieren von der Verordnung bis hin zur Verabreichung (Huckels-Baumgart & Manser 2014). **Deshalb ist der Fokus auf die Verordnung als erster Prozessschritt des Medikationsprozesses so relevant.**

Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangenen Fallberichte im Zusammenhang mit Verordnungsfehlern und Anregungen zur Prävention.

Art des Fehlers	Beispiele
Unklare Verordnung	<i>Handschrift nicht lesbar, uneindeutige Abkürzungen, unvollständige Angaben</i>
Doppelverordnungen	<i>Gleicher Wirkstoff unter anderem Handelsnamen</i>
Medikamentenverwechslung	<i>Siehe Fall 1</i>
Dosierungsfehler	<i>Dosis zu hoch, zu niedrig oder ausgelassen, Verwechslung von mg/ml, falsche Umrechnung, Siehe Fall 2, 3 und 4</i>
Nichtbeachten von bekannten Allergien, Kontraindikationen oder Interaktionen	<i>Siehe Fall 5 und 7</i>
Falsche Applikationsform	<i>Orale statt inhalative Gabe</i>

Zielgruppe:

Alle Kliniken, Arztpraxen, Apotheken und weitere Gesundheitseinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich; Schwerpunkt ärztliches Personal), die in den Medikationsprozess involviert sind.

Mögliche beitragende Faktoren («Fallstricke»):

Die Ursachen für Verordnungsfehler können vielfältig sein und finden sich auch in den Fallberichten der TK. Mögliche Fehlerquellen sind:

Menschliche Faktoren

- › Subjektiv empfundener Zeitdruck im Bereich von Sekunden, der kurze, aber wichtige Überprüfungen verhindert («Sekundenzeitdruck»)
- › Überforderung, Müdigkeit, Unaufmerksamkeit, Routinefehler
- › Fehlende Kenntnisse z.B. zu Dosisanpassungen, Leitlinien, Interaktionen, Kontraindikationen, Handelsnamen/ Wirkstoff

Arbeitsumgebung und Organisation

- › Stress, Arbeitsbelastung, Personalmangel, Unterbrechungen, Ablenkungen, Multitasking
- › Unklare Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten
- › Fehlende oder uneinheitliche Standards
- › Kein standardisierter Ablauf für Medikationsabgleich (Medication Reconciliation)

Kommunikation und Information

- › Unzureichende Kommunikation im Team und mit Patientinnen und Patienten (z.B. mangelnde Aufklärung, siehe Fall 6)
- › Fehlendes kritisches Hinterfragen der aktuellen Medikation
- › Unvollständige Anamnese
- › Informationsverluste an Schnittstellen (Aufnahme, Verlegung, Entlassung)

Dokumentation

- › Unklare, unvollständige oder unleserliche Dokumentation
- › Fehlende, aktuelle Medikamentenlisten
- › Fehlende Einheiten (mg vs. ml)
- › Fehlende Applikationsart
- › Fehlende Therapiedauer

Systembezogene Faktoren

- › Ähnlich aussehende oder klingende Präparate (Look-alike/Sound-alike)
- › Unübersichtliche Verordnungssysteme
- › Keine elektronischen Warnungen (Alerts) bei Kontraindikationen (z.B. bei Niereninsuffizienz)
- › Keine klaren Prozesse für Medikationsabgleich

Patientenbezogene Faktoren

- › Patientin oder Patient hält Verordnungen nicht ein aufgrund von z.B. Missverständnissen, Vergesslichkeit oder Problemen bei der Anwendung, was zu fehlender oder falscher Einnahme führen kann.



**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

Fall 1: Medikamentenverwechslung - Vergiftung durch versehentliche Zytostatika-Verordnung

Der Patient stürzte und zog sich dabei eine kleine Verletzung am linken Knie zu. Es entwickelte sich eine Entzündung, die mit Antibiotika behandelt werden sollte. Bei der Erstellung des Rezeptes wurde ein falsches Medikament verordnet: Anstelle des Antibiotikums wurden Zytostatika verschrieben. Diese schwerwiegende Verwechslung führte zu einer lebensbedrohlichen Vergiftung.

Fall 2: Überdosierung mit Digoxin wegen nicht beachteter Niereninsuffizienz

Dem Patienten wurde trotz seines hohen Alters und einer Niereninsuffizienz Acetyldigoxin in einer Erhaltungsdosis von 0,2 mg täglich verabreicht und auch ambulant weiterempfohlen. Laut Literatur hätte die maximale Dosis jedoch 0,1 mg Acetyldigoxin pro Tag betragen dürfen. Die korrekte Dosierung ist auch der Packungsbeilage eindeutig zu entnehmen. Es kam zu einer Digoxin-Vergiftung mit Bradyarrhythmie, Verwirrheitszustand und Appetitlosigkeit. Es mussten Digoxin-Antikörper gegeben und eine diuretische Therapie eingeleitet werden. Hierunter normalisierten sich die Digoxin-Werte und der klinische Zustand.

Fall 3: Überdosierung von Ferrlecit

Die Patientin erhielt in einer Arztpraxis eine Eiseninfusion wegen eines Mastzellaktivierungssyndroms (MCAS*). Ihr wurden sechs Ampullen Ferrlecit in einem Zeitraum von 1,5 Stunden infundiert, statt einer empfohlenen Dosierung von einer Ampulle Ferrlecit/Tag a 62,5 mg. Nach der Infusion entwickelte die Patientin Exantheme am ganzen Körper und erlitt einen anaphylaktischen Schock. Sie wurde mit dem RTW in die Klinik gebracht. Nach ambulanter Behandlung und Besserung der Symptome erfolgte die Entlassung am selben Tag. Aufgrund persistierender Ödeme der Hände und Überdosierung bei Ferrlecit-Gabe rief die Patientin selbstständig die Giftnotrufzentrale an. Diese empfahl ihr eine sofortige Wiedervorstellung in einer Notaufnahme zur weiteren Überwachung bei Verdacht auf Eisenintoxikation.

*MCAS ist eine Erkrankung, bei der Mastzellen übermäßig Mediatoren wie Histamin freisetzen.

Betroffene haben wiederkehrende allergieähnliche Reaktionen ohne klaren Auslöser.

Fall 4: Verordnung von Schmerzmitteln trotz Kontraindikation in der Schwangerschaft

In der 32. Schwangerschaftswoche wurde der Patientin fälschlicherweise Ibuprofen verordnet – ein im letzten Schwangerschaftsdrittel kontraindiziertes Medikament. In der Folge kam es zu Kontraktionen, wodurch das Leben des ungeborenen Kindes gefährdet wurde. Zur Abwendung weiterer Komplikationen erfolgte in der 35. Schwangerschaftswoche ein Kaiserschnitt. Das frühgeborene Kind musste etwa zehn Tage stationär überwacht werden.

Fall 5: Fehlende Risiko-Aufklärung zu Agranulozytose bei Verordnung von Novalgin-Tropfen

Die Patientin hatte Beschwerden an einem Zahn und suchte ihren Zahnarzt auf. Dieser empfahl eine Wurzelspitzenresektion, die in einer MKG-Klinik durchgeführt wurde. Dabei wurde zusätzlich eine Zyste entfernt. Postoperativ erhielt sie verschiedene Medikamente, unter anderem Novalgin-Tropfen. Eine Kontrolle sowie die Nahtentfernung erfolgten planmäßig. Eine explizite Aufklärung zum potentiellen Risiko einer Agranulozytose erfolgte nicht. Einige Tage später stellte sich die Patientin wegen Halsschmerzen und Fieber in einer KV-Praxis vor; dort wurde eine Tonsillitis diagnostiziert. Es folgte die Behandlung in einer Klinik mit Anpassung der Medikation und Blutabnahme. Am folgenden Tag ergab die Untersuchung den Verdacht auf eine Agranulozytose, woraufhin die Medikation erneut umgestellt wurde. Im weiteren Verlauf verschlechterte sich der Zustand erheblich in Richtung Sepsis bei Agranulozytose. Die Patientin musste intubiert und auf die Intensivstation verlegt werden. Es entwickelte sich ein schweres Krankheitsbild mit multiplem Organversagen. In der Folge mussten beide Unterschenkel sowie beide Hände amputiert werden.

Fall 6: Prednisolongabe trotz erhöhter Leberwerte führte zum Leberversagen

Bei einem Patienten mit Multipler Sklerose kam es nach einer erneuten Hochdosierung von 1000 mg Methylprednisolon im 4. Therapiezyklus zu einem Leberversagen. Bereits vor dem 3. Zyklus waren deutlich erhöhte Leberwerte (GPT, GOT) bekannt, die auf eine Leberzellschädigung hinwiesen. Trotzdem erfolgte keine erneute Kontrolle vor dem 4. Zyklus. Aus internistischer Sicht wäre diese notwendig gewesen, um den Verlauf zu beurteilen und die Therapie ggf. anzusetzen. In der Folge war eine Lebertransplantation erforderlich.

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Patientendaten und Medikationsanamnese

- › Wie wird sichergestellt, dass vor jeder Verordnung eine aktuelle, vollständige Medikationsliste vorliegt?
- › Welchen definierten Prozess für den systematischen Medikationsabgleich bei Aufnahme, Verlegung und Entlassung gibt es?
- › Wie wird sichergestellt, dass bei Verordnungen medikationsrelevante Patientenangaben und klinische Parameter (u.a. Allergien, Gewicht, Alter, Nierenfunktion, Leberwerte, bestehende Medikation) aktuell vorliegen, leicht zugänglich sind und berücksichtigt werden?

Entscheidungsfindung und Auswahl des Arzneimittels

- › Welche Hilfsmittel werden zur Unterstützung von Verordnungen verwendet (z.B. Leitlinien, Standardtherapieschemata, Dosistabellen, elektronische Entscheidungshilfen)?
- › Gibt es klare SOPs zur Verordnung?
- › Sind Verantwortlichkeiten eindeutig geregelt?
- › Wie erfolgt ein strukturierter Indikationscheck, insbesondere bei älteren, multimorbiden oder mehrfach verlegten Patientinnen und Patienten?
- › Welche Regelungen gibt es für Hochrisiko-Medikamente (z.B. Antikoagulanzen, Insuline, Opioide, Zytostatika, Sedativa)? Existieren hier Checklisten und ein Vier-Augen-Check?

Dokumentation und Plausibilitätsprüfung

- › Wie wird sichergestellt, dass jede Verordnung eindeutig, vollständig und lesbar ist (u.a. Einheit, Applikationsform, Frequenz, Dauer)?
- › Wird ein elektronisches Verordnungssystem genutzt?
- › Welche Mindestangaben enthält bei Ihnen die Verordnung (z.B. optimalerweise Handelsname und Wirkstoff)? Siehe hierzu auch die APS Handlungsempfehlung Verordnungspraxis
- › Welche Plausibilitätsprüfungen stehen bei Ihnen zur Verfügung, um Doppelverordnungen, Dosierungsfehler, Verwechslungen und Interaktionen zu vermeiden (z.B. elektronische Checks, pharmazeutische Fallbesprechungen, Medikationsreview)?

- › Welche Standardabkürzungen werden bei Ihnen verwendet und wie wird sichergestellt, dass diese allen Mitarbeitenden bekannt sind?
- › Wie werden bei Ihnen Unterbrechungen bzw. Störungen während Verordnungs- oder Prüfprozessen minimiert (z. B. „No interruption“-Zonen/-Zeiten)?

Kommunikation und Schnittstellen

- › Wie wird sichergestellt, dass Änderungen der Medikation bei Übergaben (z.B. OP – Intensiv – Station – Reha – Hausarzt) nachvollziehbar und vollständig kommuniziert werden?
- › Wie sichern Sie insgesamt eine reibungslose Kommunikation und Information an Schnittstellen (z. B. Klinik – Haus-/Facharzt – Apotheke – Patientin und Patient)?
- › Wie wird vor allem komplexe Medikation interdisziplinär abgestimmt (z. B. Konsile, Fallbesprechungen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, externe Fachmeinungen)?
- › Gibt es feste Zeiten oder Formate für interprofessionelle Medikationsbesprechungen auf Station (z.B. gemeinsame Visiten, Medikationsvisiten unter Einbindung klinischer Pharmazeuten)?
- › Wie gestalten Sie Schnittstellen (Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Überweisung), damit Informationen zur Medikation vollständig übergeben werden?
- › Ist bei Ihnen ein Medication Reconciliation-Prozess implementiert, insbesondere bei Verlegungen?
- › Wie gewährleisten Sie einen standardisierten Medikationsplan, um Informationsbrüche zwischen Versorgungssektoren zu verhindern?



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Patienteninformation und Monitoring

- › Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten aktiv in ihre Medikation eingebunden werden?
- › Werden Patientinnen und Patienten aktiv dazu aufgefordert, sich bei Fragen und Bedenken zu melden (Speak Up)?
- › Welche Standards gibt es für die Instruktion der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen hinsichtlich der Anwendung der Medikation?
- › Wie werden Patientinnen und Patienten und Angehörige zur Medikation inkl. Nebenwirkungen und Therapietreue aufgeklärt und wie prüfen Sie, ob diese Informationen verstanden wurden?
- › Welche Strategien wenden Sie an, um Therapieabbrüche oder eigenständige Änderungen durch Patientinnen und Patienten zu erkennen und zu adressieren?
- › Gibt es definierte Monitoring-Strategien (Kontrolltermine, Laborüberwachung, Nebenwirkungs-Checklisten) und wie werden sie eingehalten?
- › Wer trägt die Verantwortung für das Monitoring, wie wird dies dokumentiert sowie evaluiert?

Fortbildung und Teamkultur

- › Wie sichern Sie die fachliche Qualifikation und kontinuierliche Fortbildung zum Thema Medikationssicherheit?
- › Wie wird das Personal hinsichtlich möglicher kritischer Ereignisse bzw. Fehler im Zusammenhang mit Verordnungsfehlern geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie oft werden Schulungen sowie Fallbesprechungen zu dieser Thematik durchgeführt?

Qualitätsverbesserung und Lernen aus Fehlern

- › Wie ist das Thema Medikationssicherheit in Ihrer Einrichtung strategisch verankert und wie werden Qualitätsziele festgelegt und verfolgt?
- › Wie erfassen und nutzen Sie Qualitätsindikatoren zur Medikationssicherheit?
- › Wie erfassen und analysieren Sie systematisch kritische Ereignisse und Schäden im Zusammenhang mit Medikationsfehlern/Verordnungsfehlern (z. B. über CIRS oder M&M Konferenzen)?
- › Wie oft kam es in Ihrer Einrichtung bereits zu solchen Ereignissen?
- › Welche systematischen Maßnahmen wurden bisher abgeleitet?
- › Wie erfolgt die Rückmeldung an alle beteiligten Schnittstellen, damit aus Fehlern gelernt und Prozesse angepasst werden können?
- › Wie werden Ergebnisse aus internen und externen Audits, Zertifizierungen und Patientenfeedbacks genutzt, um Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten und nachzuverfolgen?
- › Wie wird sichergestellt, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse zeitnah in Verordnungen einfließen?
- › Welche Sicherheitsmaßnahmen (Checks, technische Hilfen, Vier-Augen-Prinzip, pharmazeutische Expertise) stehen zur Verfügung? Welche davon werden im Alltag tatsächlich genutzt?



Hinweis APS Handlungsempfehlung: „Gute Verordnungspraxis“

Ziel der Handlungsempfehlung ist es, Anforderungen an die Dokumentation einer ärztlichen Arzneimitteltherapieentscheidung zu formulieren, die alle Sektoren betreffen und Anhaltspunkte für eine „gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie“ geben können.

Die Handlungsempfehlung benennt

- › Grundvoraussetzungen an die Klarheit von Verordnungen,
- › welche Informationen zur sicheren Auswahl und korrekten Identifizierung eines Arzneimittels vollständigkeitshalber erforderlich sind,
- › welche Maßnahmen sich zur Verbesserung der AMTS in der Praxis bewährt haben,
- › welche Detailinformationen zum verordneten Arzneimittel und insbesondere zur Dosierung benötigt werden, und
- › welche Zusatzinformationen zum sicheren Gebrauch des verordneten Arzneimittels notwendig erscheinen.



Weitere Verlinkungen/ Literatur

APS Handlungsempfehlung «Gute Verordnungspraxis in der Arzneimitteltherapie»

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/08/HE_AMTS_Verordnungspraxis_Kurzfassung_02.pdf

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/HE_AMTS_Verordnungspraxis_Langfassung_02.pdf

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/2020-AMTS-Verordnungspraxis_Kitteltasche_print-1.pdf

BfArM

https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/20150626.pdf

https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/AMTS/_node.html

Weitere

https://fmh.ch/files/pdf8/GLP_Fehlerquelle_Medikamentenverordnung_SAEZ_44.pdf

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24782100/>

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
- › TK-PSS Nr. 20: Sichere Indikationsstellung
- › TK-PSS Nr. 21: Tumorerkrankungen



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 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:

