

Kritische Ereignisse im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen



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:

Kritische Ereignisse im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen

Bedeutung:

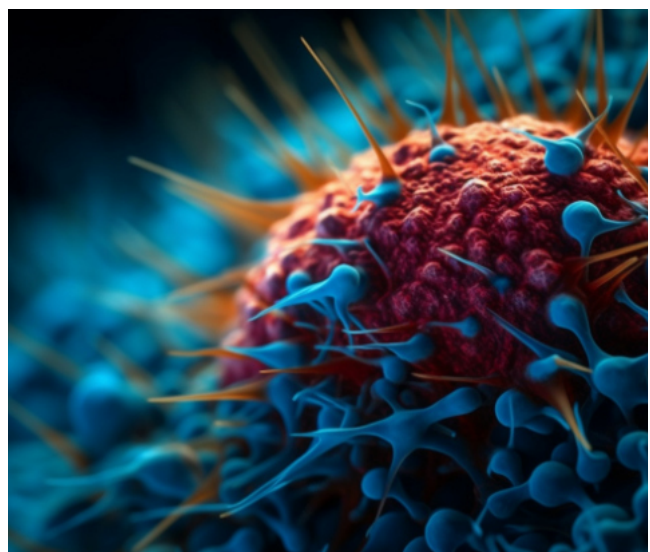
Bei den Schadensfallmeldungen der TK sind zahlreiche Fallberichte zu kritischen Ereignissen im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen eingegangen (siehe reale Fallbeispiele auf Seite 4). Viele dieser Ereignisse sind „klassische“, vermeidbare Patientensicherheitsprobleme, die bei konsequenter Anwendung etablierter Sicherheitsbarrieren nicht auftreten sollten und mit einem hohen Schadenspotenzial verbunden sind. In der onkologischen Versorgung wirken sich derartige Ereignisse aufgrund der geringen Fehlertoleranz und der oft zeitkritischen Krankheitsverläufe besonders gravierend aus. Es handelt sich bei Tumorerkrankungen um die zweithäufigste Todesursache in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ca. 240.000 Todesfälle jährlich).

Die Fallberichte stehen u.a. im Zusammenhang mit einer verzögerten oder unzureichenden Diagnostik, Befunderhebung und -übermittlung, falscher oder unvollständiger Therapie/Behandlung, Strahlentherapie sowie mit Koordinations-, Informations- und Kommunikationsproblemen vor allem an Schnittstellen im Behandlungsprozess. Diagnostische und therapeutische Fehler bzw. verzögerte Abklärungen und Unter- oder Übertherapie können bei onkologischen Patientinnen und Patienten zu erheblichen Folgeschäden führen. Solche Ereignisse sind in vielen Fällen nicht auf individuelles Fehlverhalten zurückzuführen, sondern Ausdruck unzureichend gestalteter Prozesse, Schnittstellen und Verantwortlichkeiten. Aus diesem Grund erfolgt mit dem vorliegenden TK-Patientensicherheits-Signal ein Überblick über einige bei der TK eingegangene Fallberichte im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und Anregungen zur Prävention.

Für eine sichere Versorgung sind standardisierte Früherkennungs- und Abklärungsprozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit, konsequente Nutzung von Leitlinien und systematisches «Safety-Netting» (klare Vereinbarung, wann Patientinnen und Patienten wiederkommen sollen) sowie kontinuierliche Qualitätssicherung entscheidend. Diese Maßnahmen können Fehlerquellen, wie Diagnoseverzögerungen oder Therapiefehler, reduzieren und evidenzbasierte, patientenzentrierte Versorgung fördern. Zusätzlich sind öffentliche Aufklärung und ein niederschwelliger Zugang zu Diagnostik entscheidend, damit Patientinnen und Patienten frühzeitig mit Symptomen vorstellig werden.

Zielgruppe:

- › Alle Kliniken, Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen (ambulanter und stationärer Bereich; Schwerpunkt ärztliches Personal), die in die Behandlung von Tumorerkrankungen involviert sind.



Mögliche beitragende Faktoren («Fallstricke»):

Die Ursachen für Fehler im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen können vielfältig sein. Mögliche Fehlerquellen sind:

- › Informationsbrüche, unzureichende Kommunikation, Koordination und Verantwortungsübergabe zwischen Hausarzt, Facharzt, Pathologie, Radiologie und Onkologie sowie Patientinnen und Patienten
- › Fehlerhafte oder unvollständige Aufklärung und Einbindung von onkologischen Patientinnen und Patienten
- › Unklare Verantwortlichkeiten bei Verlaufskontrollen, Screening-Untersuchungen und Nachsorge
- › Verzögerte Abklärung von Warnsymptomen wie anhaltenden Schmerzen und tastbaren Knoten durch z.B. nicht oder zu spät veranlasste Bildgebung, Laboruntersuchungen oder Biopsien
- › Unterlassene oder unvollständige Befunderhebung (kein MRT, keine histologische Sicherung eines auffällig wachsenden Tumors)
- › Fehleinschätzung bzw. falsche Interpretation von Befunden, Symptomen bzw. Ergebnissen (z.B. falsch interpretierte Röntgen-/CT-/MRT-Bilder, Labor, unerkannte Malignität in der Histologie)
- › Unvollständige Anamnese, Diagnostik, Untersuchung und/oder Überwachung
- › Fehler beim Staging (falsche Einschätzung des Tumorstadiums)
- › Wahl einer nicht leitliniengerechten oder falschen Behandlungsmethode, z.B. zu wenig intensive oder unpassende Systemtherapie bzw. das Auslassen indizierter Operationen oder einer adäquaten Bestrahlung



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: Keine Befundübermittlung trotz Verdacht auf Brustkrebs. Es wurde eine Biopsie bei der Patientin durchgeführt. Der Gynäkologe sagte ihr, dass alles in Ordnung sei, wenn er sich nicht melde. Später wurde die Patientin schwanger; es bildete sich ein Strang in der Brust, weshalb sie zur Sonographie geschickt wurde. Auch hier hieß es erneut, man melde sich nur bei Auffälligkeiten. Kurz vor der Entbindung äußerte die Hebamme, dass die Brust auffällig aussehe. Daraufhin suchte die Patientin eine andere Gynäkologin auf, die erneut eine Biopsie veranlasste. Bei Durchsicht der alten Befunde stellte diese fest, dass bereits zuvor Auffälligkeiten bestanden und eine zeitnahe Abklärung nötig gewesen wäre. Diese Information wurde der Patientin damals jedoch nicht mitgeteilt.

Fall 2: Implantat nach Brustkrebs-OP freiliegend. Bei einer Patientin mit Brustkrebs wurden eine hautsparende, subkutane Mastektomie, Sentinel-Lymphknotenentfernung und Einlage eines Brustimplantats durchgeführt. In der OP-Dokumentation wurde vermerkt, dass eine gewisse Spannung bestand und die Form nicht optimal war. Der postoperative Verlauf verlief zunächst komplikationslos. Bei Nachkontrollen zeigte sich wiederholt Schorf im Narbenbereich und es wurden Wundversorgungen mit Steristrips durchgeführt. Es wurde darauf hingewiesen, dass bei ausbleibender Wundheilung eine Implantatentfernung notwendig sein könnte. Zunächst wurde ein abwartendes Vorgehen vereinbart. Nach Angaben der Patientin stellte eine im professionellen Wundmanagement tätige Bekannte bei vorsichtiger Wundreinigung eine freiliegende Prothese fest. Daraufhin suchte die Patientin eine andere Klinik auf, wo bereits am folgenden Tag das Implantat entfernt, die Wunde primär verschlossen und ein sekundärer Wiederaufbau empfohlen wurde.

Fall 3: Klinikum hat vergessen über Tumor zu informieren. Aufgrund einseitiger Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte stellte sich der Patient in einem Klinikum vor und wurde nach einem CT stationär aufgenommen. Einige Tage später erfolgte ein MRT der Halswirbelsäule, bei dem eine Myelitis festgestellt und zunächst beobachtet wurde. Bereits in diesem Befund soll eine Raumforderung sichtbar gewesen sein, die jedoch weder dem Patienten noch der Hausärztin mitgeteilt wurde.

Erst Jahre später erfuhr der Patient, dass es sich um ein langsam wachsendes Meningeom handelt, das vermutlich seit über zehn Jahren bestand. Dies wurde durch ein Gutachten bestätigt.

Fall 4: Hirntumor 3 Jahre lang nicht erkannt. Eine Patientin klagte über starke, lokalisierte Kopfschmerzen, woraufhin der Hausarzt ein MRT zum Tumorausschluss anordnete. Im Arztbericht stand, dass es keinen Tumor bzw. keine Auffälligkeiten gäbe. Der Tumor wuchs aufgrund der fehlenden Feststellung und infiltrierte den gesamten linken Temporallappen. Die Patientin wurde schwanger, ohne von dem Tumor zu wissen. Eine Schwangerschaft, die sie bei Kenntnis des unheilbaren Stadiums vermieden hätte. Aufgrund eines tumorbedingten Polyhydramnions musste die Patientin bis zu 30-mal täglich erbrechen und wurde stationär aufgenommen. Nach der Geburt erlitt sie einen epileptischen Anfall zu Hause, was zur erneuten Aufnahme und Tumorentfernung führte. Es kam zu anhaltenden Defiziten wie Gedächtnisverlust, Sprach- und Konzentrationsstörungen sowie Agnosie. Die Patientin entwickelte zudem eine Epilepsie.

Fall 5: Deutlich verzögerte Diagnostik eines Plattenepithelkarzinoms. Ein Patient stellte sich in einer HNO-Klinik vor, nachdem ein niedergelassener HNO-Arzt eine verdächtige Veränderung an der linken Tonsille festgestellt hatte. Die geplante Tonsillektomie verzögerte sich wegen Missachtung der Thrombozytopenie um etwa acht Wochen. Bei der schließlich durchgeführten Operation zeigte sich ein so ausgeprägter Befund, dass nur Biopsien entnommen werden konnten. Diese ergaben ein basaloides Plattenepithelkarzinom. Zunächst galt der Tumor als inoperabel, doch nach weiterer Diagnostik mittels PET-CT konnte in einer MKG-Universitätsklinik eine transmandibuläre Resektion mit Neck Dissektion und Radialstransplantation erfolgen. Ein Gutachten kam zu dem Schluss, dass ein Behandlungsfehler durch die verspätete Operation vorlag.

Fälle aus TK-Behandlungsfehlerregister 2:

Fall 6: Tumor bei kindlicher U-Untersuchung nicht erkannt. Beim Patienten trat im Alter von 6 Monaten eine Zunahme des Kopfumfangs auf (Makrocephalus). Eine notwendige Abklärung durch den Arzt blieb aus. Erst im zweiten Lebensjahr initiierten die Eltern eigenständig eine Diagnostik, die einen Hirntumor nachwies. Dieser wurde anschließend leitliniengerecht behandelt. Die Abklärungen im Alter von sechs Monaten entsprachen nicht den allgemeinen Standards und Leitlinien: Messung des Kopfumfangs der Eltern zum Ausschluss familiärer Makrozephalie sowie eine bildgebende Diagnostik (bei offener Fontanelle) wären notwendig gewesen. Bei frühzeitiger Diagnose wäre der Tumor wahrscheinlich noch vollständig zu resezierten gewesen.

Fall 7: Rektum Karzinom nicht erkannt. Eine Patientin wurde wegen Hämorrhoiden behandelt; es wurde zunächst lediglich eine Ernährungsumstellung empfohlen. Die Beschwerden verschlimmerten sich, inklusive dokumentierter Hämatochezie (frisches Blut im Stuhl), woraufhin sie ein anderes Krankenhaus aufsuchte. Dort wurde ein Rektumkarzinom diagnostiziert. Im Gutachten wird festgestellt: Blut im Stuhl ist immer ein Alarmsignal, das auf ein Karzinom hinweisen kann und eine Basisdiagnostik mit Proktoskopie/Rektoskopie erfordert. Der Verzicht darauf war fehlerhaft und führte zu einem vermeidbaren Tumorstadium, welches durch eine zeitnahe Diagnose hätte verhindert werden können. Eine frühe Abklärung hätte ggf. weitere präoperative Therapien als Vorbereitung einer



Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Diagnostik und Früherkennung

- › Welche Fast-Track-Möglichkeiten gibt es, um eine rasche Diagnostik bei dringenden Verdachtfällen zu ermöglichen und Wartezeiten zu minimieren ?
- › Was wird in Ihrer Einrichtung insgesamt gemacht, damit es nicht zu falschen, verzögerten oder versäumten onkologischen Diagnosen kommt (z. B. definierte Fristen für Befundübermittlung, Recall- und Wiedervorstellungssysteme)?
- › Ein typisches Risiko ist die Vereinbarung «Wir melden uns, wenn etwas nicht in Ordnung ist» (s. Fall 1). Der Patient sollte in jedem Fall über den Befund informiert werden und diesen explizit abfragen. Wie ist das bei Ihnen organisiert?
- › Welche Warnsymptome für Tumorerkrankungen (z. B. anhaltende Schmerzen, tastbare Knoten, Blutungen) werden bei Ihnen systematisch abgeklärt?
- › Wie stellen Sie sicher, dass die Anamnese und Befunderhebungen (z. B. Labor, Bildgebung, histologische Untersuchung) vollständig und zeitnah erfolgen?
- › Wie sind die Zuständigkeiten für die Befundverantwortung geregelt? Ist die Person, die eine Untersuchung anordnet, auch immer für die Sichtung und Bewertung der Befunde und die Informationsübermittlung an die Patientinnen und Patienten verantwortlich?
- › Welche Prozesse gewährleisten eine korrekte Interpretation von Labor, Bildgebung und Histologiebefunden, um Fehleinstufungen von Tumorart und -stadium zu vermeiden?
- › Wie werden Tumormarker und pathologische Befunde geprüft, um Verwechslungen zu vermeiden?
- › Wie funktioniert bei Ihnen das elektronische «Safety-Netting» (z.B. durch Recall-Listen, automatische Erinnerungen für Follow-up-Befunde, Dashboard für ausstehende Ergebnisse, klare Fristen für Verlaufskontrollen)?
- › Welche Protokolle gibt es für die Verantwortung bei angeordneten Untersuchungen (z.B. Bildgebung, Biopsie) und wie werden Verzögerungen durch „No-Shows“ oder fehlende Befundrückmeldungen erfasst bzw. adressiert?

Therapieplanung und -durchführung

- › Welche Maßnahmen treffen Sie zur unterstützenden onkologischen Therapie (z. B. Infektionsprophylaxe, Symptommanagement) und wie bewerten Sie deren Wirksamkeit?
- › Wie wird dokumentiert und überprüft, dass getroffene Therapieentscheidungen (z.B. im Rahmen von interdisziplinären Tumorboard-Besprechungen) umgesetzt werden?
- › Wie erfolgt die Identitätskontrolle bei Untersuchungen, Operationen und Therapien onkologischer Patientinnen und Patienten und wie gehen Sie mit Abweichungen um?
- › Wie organisieren Sie die sichere Verordnung, Zubereitung, Kennzeichnung und Applikation von Chemo- und Immuntherapien, um Kontaminationen, Fehldosierungen oder Interaktionen zu verhindern?
- › Wie gewährleisten Sie in Ihrer Einrichtung insgesamt, dass es zu keiner Unter- oder Übertherapie bei Tumorerkrankungen kommt (z.B. zu wenig intensive oder unpassende Systemtherapie bzw. das Auslassen indizierter Operationen oder Bestrahlung)?
- › Wie setzen Sie Mehr-Augen-Prinzip, Doppelkontrollen und Checklisten ein, um Medikationsfehler, Verwechslungen und Eingriffsfehler bei onkologischen Patientinnen und Patienten zu vermeiden (z.B. Personen, Prozess, IT-System)?
- › Welche Validierungsprozesse greifen bei Änderungen im Treatment-Planing-System (TPS), und wie oft werden Dosimetrie- und Einstellfehler thematisiert? Wie werden solche Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft und eingehalten?
- › Wie stellen Sie sicher, dass Therapieänderungen (z.B. Dosisanpassungen) flächendeckend zwischen Praxis, Klinik und Hausarzt kommuniziert werden?

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Leitlinien und Standardisierung

- › Wie wird sichergestellt, dass die Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen auf aktueller Evidenz bzw. Leitlinien basiert?
- › Welche S3-Leitlinien, SOPs oder standardisierten Pfade nutzen Sie für Diagnostik, Staging und Auswahl der Behandlungsmethode bei Tumorerkrankungen (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Operation oder Immuntherapie) und wie prüfen Sie deren Einhaltung?
- › Wie stellen Sie sicher, dass aktuelle onkologische Leitlinien, Behandlungspfade oder SOPs in Diagnostik und Therapie systematisch angewendet und bei Updates in den Alltag übernommen werden?
- › Welche standardisierten Protokolle werden für die Bildgebung und Biopsie bei Verdacht auf Tumorerkrankungen angewendet, um Fehldiagnosen oder Verzögerungen zu vermeiden?
- › Welche standardisierten Verdachtskriterien und Überweisungskriterien (z.B. nach Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft oder NICE Guideline NG 12 des NHS) werden bei Ihnen für strukturierte Anamnese, Untersuchung und zeitgerechte Überweisung angewendet und wird die Einhaltung regelmäßig in Audits überprüft?

Kommunikation und Schnittstellenmanagement

- › Wie wird die Diagnosestellung und Therapieplanung bei Tumorerkrankungen interdisziplinär abgestimmt (z. B. Konsile, interdisziplinäre Tumorboards, Fallbesprechungen, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, externe Fachmeinungen)?
- › Wie sichern Sie insgesamt eine reibungslose Kommunikation, Information und Übergabe zwischen Fachbereichen/Schnittstellen (z. B. Hausarzt, Onkologie, Radiologie, Pathologie)?
- › Finden bei Ihnen regelmäßige interdisziplinäre Tumorboards statt?
- › Welche Maßnahmen stellen sicher, dass bei sehr seltenen oder komplexen Tumorerkrankungen zusätzliche Expertise rechtzeitig hinzugezogen wird?

- › Wie gestalten Sie Übertritte und Schnittstellen (Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Überweisung in Reha/Palliativversorgung), damit Informationen zu Diagnose, Stadium und Therapieplan vollständig übergeben werden?
- › Wie klären Sie Zuständigkeiten bei der Tumorabklärung und -behandlung, und welche Tools (z. B. IT-Systeme) unterstützen dies?
- › Wie gewährleisten Sie standardisierte Befund und Entlassungsbriefe mit eindeutig formulierten Verdachtsdiagnosen, zu klärenden Fragen und geplanten nächsten Schritten, um Informationsbrüche zwischen Versorgungssektoren zu verhindern?

Patientenorientierung und Nachsorge

- › Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen aktiv eingebunden werden (u.a. in Aufklärung, Entscheidungsfindung, Zweitmeinung)?
- › Wie und wann werden Patientinnen und Patienten über Nutzen, Risiken und Alternativen der Therapieoptionen bei Tumorerkrankungen aufgeklärt?
- › Wie werden individuelle Präferenzen je nach Lebensumstand und Therapieziel im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) berücksichtigt?
- › Wie werden Patientinnen, Patienten und Angehörige zu Therapie inkl. Nebenwirkungen informiert und wie prüfen Sie, ob diese Informationen verstanden wurden?
- › Wie informieren und involvieren Sie Patientinnen und Patienten zu Warnzeichen, Therapietreue und Grenzen alternativer Ansätze?
- › Welche Strategien wenden Sie an, um Therapieabbrüche oder eigenständige Änderungen durch Patientinnen und Patienten zu erkennen und zu adressieren?
- › Wer trägt die Verantwortung für Nachsorge-Screenings, wie wird dies dokumentiert sowie evaluiert?

Anregungen zur Prävention/Überprüfung:

Fortbildung und Teamkultur

- › Wie stellen Sie sicher, dass sich Mitarbeitende jederzeit mit einem Speak Up melden können, um auf ggf. kritische Situationen hinzuweisen? Welche Speak Up Programme bzw. Schulungen gibt es bei Ihnen?
- › Wie sichern Sie die fachliche Qualifikation und kontinuierliche Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen mit onkologischem Schwerpunkt?
- › Welche Schulungen zu Hygiene und Infektionsprävention erhalten Mitarbeitende in der Tumorthherapie?
- › Wie wird das Personal hinsichtlich möglicher kritischer Ereignisse bzw. Fehler im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen geschult bzw. sensibilisiert?
- › Wie oft werden Schulungen sowie Fallbesprechungen zu dieser Thematik durchgeführt?

Qualitätsverbesserung und Lernen aus Fehlern

- › Wie ist die onkologische Versorgung in Ihrer Einrichtung strategisch verankert und wie werden Qualitätsziele für die Krebsversorgung festgelegt und verfolgt?
- › Sind Sie als Organkrebs- oder Onkologisches Zentrum zertifiziert?
- › Wie erfassen und nutzen Sie Qualitätsindikatoren, Register- oder Tumordaten (z. B. Überleben, Komplikationsraten, Leitlinienadhärenz) zur Verbesserung der Krebsversorgung?
- › Wie erfassen und analysieren Sie systematisch kritische Ereignisse und Schäden im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen (z. B. über CIRS oder M&M-Konferenzen)?
- › Beachten Sie auch Fallberichte aus Patientenperspektive, z. B. im bundesweiten Patienten-CIRS mehr-patientensicherheit.de?
- › 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 die Behandlung einfließen?

Zertifizierungen von Krebs- und Organkrebszentren in Deutschland

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland und verfolgt das Ziel, die Qualität der Krebsversorgung kontinuierlich zu verbessern. Ein zentrales Instrument dafür ist ein strukturiertes, bundesweites Zertifizierungssystem für Organkrebs- und Onkologische Zentren. Grundlage sind detaillierte fachliche Kriterien und Leitlinien, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung prüfen; die Audits erfolgen regelmäßig durch eine unabhängige Stelle. DKG-zertifizierte Organkrebszentren, onkologische Zentren und Spitzenzentren stehen für ausgewiesene Expertise, interdisziplinäre Versorgung und etabliertes Qualitätsmanagement, mit dem klaren Ziel Behandlungsergebnisse zu optimieren.



Weitere Verlinkungen/ Literatur

<https://www.degro.org/>

<https://www.dgho.de/>

<https://www.gpoh.de/>

<https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/leitlinien>

<https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung>

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/home>

<https://mehr-patientensicherheit.de/>

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>

<https://register.awmf.org/de/leitlinien>

<https://saq.ch/de/zertifizierung/weitere-branchenunabhaengige-zertifizierungen/onkologische-qualitaetssicherung/>

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

<https://yeswecan-cer.org/>

<https://www.krebshilfe.de>



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



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:

