

**Erhebung des Sachstands zum Einsatz von Maßnahmen zur Vermeidung einer
versehentlich intrathekalen Gabe von Vincristin
Maßnahme 32 im 5. Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit**

Stand 16.04.2026

Abschlussbericht

Hintergrund

Zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der Onkologie adressiert der Aktionsplan AMTS 2019–2024 die sichere Anwendung von Vincristin, da es wiederholt zu schwerwiegenden, teilweise letalen Fehlapplikationen infolge einer versehentlichen intrathekalen Gabe gekommen ist. Die Vinca-Alkaloide Vincristin, Vindesin und Vinblastin gehören zu den Hochrisiko-Arzneimitteln.

Wann wird Vincristin eingesetzt?

Vincristin kommt als Bolus- oder Kurzinfusion in der Behandlung von B-Zell-Leukämien zum Einsatz. Die gleichzeitige intravenöse Verabreichung von Vincristin und die intrathekale Applikation von Methotrexat am selben Behandlungstag sind Bestandteile einiger Therapiepläne. Die Verwendung ähnlicher Darreichungsformen, insbesondere Bolusspritzen, erhöht das Risiko einer Verwechslung der Arzneimittel und begünstigt eine versehentliche intrathekale Gabe von Vincristin. In der wissenschaftlichen Literatur sind zahlreiche Fälle dokumentiert, in denen diese Verwechslung zu letalen Komplikationen geführt hat (1). Zur Vermeidung einer versehentlichen intrathekalen Applikation ist das Bereitstellen von Vincaalkaloiden in Bolusspritzen nicht empfohlen, sondern stattdessen die Bereitstellung in applikationsfertigen 50-ml-Minibags (2–4). Ursachen, die mit Applikationsfehlern von Vincristin in Zusammenhang gebracht werden, sind u.a. die fehlende Implementierung organisatorischer Maßnahmen zur Vorbeugung sowie die Applikation durch unerfahrenes Personal außerhalb der Hauptarbeitszeiten (3). Die beim Aktionsbündnis Patientensicherheit in der Reihe „Handlungsempfehlungen bei Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln“ erschienenen Empfehlungen für die intravenöse Applikation von Vincristin geben berufsgruppen-spezifische Hinweise zur Bereitstellung und Applikation von Vincristin (2). Darüber hinaus wurden Empfehlungen für die Apotheker*innen, Klinik-Leitungen bzw. Fachabteilungen veröffentlicht (3, 5).

Ziel der Maßnahme bzw. Untersuchung

Ziel der vorliegenden Erhebung war es, den aktuellen Sachstand zur Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung einer versehentlichen intrathekalen Anwendung von Vincristin in Apotheken zu erfassen, mit besonderem Fokus auf die Implementierung und Einhaltung von Standards sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Methode

Hierzu wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, der Fragen zur Umsetzung risikominimierender Maßnahmen bei Verordnung, Abgabe und Applikation umfasste, und an Apothekenleitungen von Krankenhausapotheken (n=331) sowie an öffentliche Apotheken adressiert war; der Befragungszeitraum lag zwischen dem 19.08. und 20.09.2024, mit einem Reminder an Krankenhausapotheken am 09.09.2024. Der Fragebogen umfasst fünf Fragen zur Demografie und Struktur sowie 17 Fragen zu Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 99 auswertbare Fragebögen zurückgesendet, wovon 84 (85 %) von Krankenhausapotheken stammten (Rücklauffrate 25 % bezogen auf 331 angeschriebene Krankenhausapotheken); sechs Antworten kamen aus krankenhausversorgenden Apotheken und neun aus öffentlichen Apotheken. Die Befragten waren überwiegend Apothekenleitungen (58/99), und 83 % der Apotheken lagen in städtischen Regionen. Im Mittel wurden 784 ± 4631 Zubereitungen mit Vinca-Alkaloiden pro Jahr angegeben, wobei Krankenhausapotheken 882 ± 4998 und öffentliche Apotheken 198 ± 212 Zubereitungen meldeten. Die Teilnehmenden nach Bundesland sind in [Abbildung 1](#) dargestellt.

Eine **Verfahrensanweisung** (VA) oder Standard-Operating-Procedure (SOP) für den Umgang mit Vinca-Alkaloiden war in 56 % (55/99) der teilnehmenden Apotheken etabliert (Krankenhausapotheken 54 % (n=45); öffentliche Apotheken 67 % (n=4)), während 7 % der Teilnehmenden (n=7; alle aus der Gruppe der Krankenhausapotheken) von Fehlern oder **CIRS-Berichten zu Vinca-Alkaloiden** berichteten. Die **Empfehlung, die verordnete Dosis in 50-ml-Minibags zuzubereiten**, wurde von 41 % vollständig, von 22 % teilweise und von 22 % gar nicht umgesetzt; 12 % gaben unter „sonstiges“ u. a. andere Volumina oder eine unverdünnte Zubereitung an. Die **Empfehlung, bei Kindern nach individueller Risikoabwägung mindestens 25 ml zu verwenden**, wurde von 11 % umgesetzt, von 18 % abgelehnt, während 71 % „Sonstiges“ angaben, wobei hier überwiegend der Hinweis „keine Abgabe an die Pädiatrie“ erfolgte. Ein **standardisierter Zubereitungsprozess** (Plausibilitätsprüfung, Zubereitung, Verpackung/Etikettierung, Endkontrolle, Versand einschließlich SOP/VA) war in 93 % vollständig und in 6 % teilweise implementiert. **Adäquate und regelmäßige Schulungen** sowie Wissensüberprüfungen des an der Zubereitung und dem Versand beteiligten Personals wurden

von 58 % bestätigt, von 26 % teilweise umgesetzt und von 11 % verneint. Eine **„positive“ Warnkennzeichnung** („Nur zur intravenösen Applikation – tödlich bei Gabe über andere Applikationsorte!“) wurde von 67 % genutzt, 11 % setzten sie teilweise ein, während 17 % keine entsprechende Kennzeichnung verwendeten. **Maßnahmen zur Etiketten- und Designunterscheidung** wurden nur von 13 % vollständig und von 5 % teilweise umgesetzt, wohingegen 72 % diese Empfehlung nicht umsetzten. **Zeitversetzte Lieferungen** waren insgesamt selten etabliert (10 % vollständig, 8 % teilweise). Zusätzlich wurden als weitere Maßnahmen vor allem eine separate bzw. gesonderte Verpackung genannt. Innerhalb der Kliniken bzw. Praxen berichteten 56 % von einem **Verfahren, das sicherstellt, dass nur geschultes Personal** zur intrathekalen Verabreichung eingesetzt wird (7 % teilweise, 5 % nicht umgesetzt, 32 % „Sonstiges“ v.a. ohne Kenntnis und ohne intrathekale Therapien). Die **Sicherstellung, dass Personal zur Verabreichung geschult** wird und sein Wissen überprüft wird, war bei 31 % vollständig, bei 16 % teilweise etabliert, während 8 % dies verneinten. Ein Großteil gab „Sonstiges“ (45 %) an, häufig mit fehlender Kenntnis des Sachstandes oder ohne intrathekale Therapien am Standort. Eine **Vermeidung intrathekalen Applikationen außerhalb der Kernarbeitszeit** wurde von 51 % vollständig, von 7 % teilweise umgesetzt, während 11 % diese Empfehlung nicht befolgten. Eine **Doppelprüfung durch zwei geschulte Personen** vor der Verabreichung war bei 21 % vollständig, bei 7 % teilweise und bei 23 % nicht etabliert; 48 % machten sonstige Angaben, darunter häufig fehlende Kenntnis. Ein **unkompliziertes CIRS zur Fehlermeldung** war bei 76 % etabliert (12 % teilweise, 5 % nicht, 7 % sonstige Angaben).

Abgeleitete Empfehlungen und Maßnahmen

Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass wesentliche risikominimierende Maßnahmen – insbesondere standardisierte Prozesse, Warnkennzeichnungen und Fehlermeldesysteme – in einem Großteil der Einrichtungen umgesetzt sind, zugleich aber bei volumenbezogenen Empfehlungen, spezifischer Kennzeichnung, Schulungsstrukturen und der systematischen Einbindung aller Berufsgruppen deutliche Lücken bestehen. Vor diesem Hintergrund werden die Etablierung bereichsübergreifender SOP/VA, die strukturierte Rückkopplung und Auswertung von CIRS-Daten zu Vinca-Alkaloiden sowie regelmäßige, evaluierte Schulungsprogramme für alle an der Herstellung, dem Transport und der Verabreichung Beteiligten als zentrale Bausteine zur weiteren Reduktion des Risikos einer versehentlichen intrathekalen Applikation empfohlen.

Empfehlungen:

Für öffentliche Apotheker und Krankenhausapotheker

- Etablierung und Aktualisierung bereichsübergreifender SOP/VA zum Umgang mit Vinca-Alkaloiden entlang des gesamten Medikationsprozesses (Verordnung, Herstellung, Transport, Applikation) unter Einbindung aller beteiligten Berufsgruppen.
- Konsequente flächendeckende Umsetzung der Zubereitung in 50-ml-Minibags (bzw. mind. 25 ml bei pädiatrischen Patienten nach Risikoabwägung), inklusive Überprüfung bestehender Herstellprozesse und Anpassung der technischen Ausstattung.
- Standardisiertes Etiketten- und Designkonzept mit klarer positiver Warnkennzeichnung sowie visueller Differenzierung gegenüber intrathekal applizierten Arzneimitteln (z. B. Farbe, Form, Layout).
- Systematische Planung, Dokumentation und Evaluation von Schulungen und Wissensüberprüfungen für alle in der Apotheke am Prozess beteiligten Mitarbeitenden, inkl. neuer Mitarbeitender und Vertretungen.
- Aktive Nutzung und regelmäßige Auswertung von klinikinternen und nationalen CIRS- und Fehlermeldedaten zu Vinca-Alkaloiden zur Identifikation von Schwachstellen und zur Ableitung weiterer Optimierungsmaßnahmen.

Für Anwender (ärztliches und pflegerisches Personal)

- Implementierung klarer klinikinterner Verfahren, die sicherstellen, dass nur geschultes und erfahrenes Personal mit intrathekalen Applikationen betraut wird (inkl. verbindlicher klinikinterner Qualifikationsanforderungen).
- Verzicht auf intrathekale Applikationen außerhalb der Kernarbeitszeit, soweit medizinisch vertretbar, um die Durchführung durch ausreichend erfahrenes und geschultes Personal sicherzustellen.
- Einführung bzw. konsequente Nutzung der Doppelkontrolle v („Four-Eyes-Principle“) durch zwei geschulte Personen unmittelbar vor der Verabreichung intrathekaler und intravenöser Hochrisikoarzneimittel.

- Systematische Teilnahme an strukturierten Schulungsprogrammen zu Hochrisikoarzneimitteln und zum spezifischen Risiko der Verwechslung von Vincristin mit intrathekal angewendeten Arzneimitteln, inklusive regelmäßiger Wissensupdates.
- Aktive Nutzung etablierter Fehlermeldesysteme (z. B. CIRS) sowie Rückmeldung an die Apotheke und Qualitätsgremien, um eine geschlossene Fehler- und Lernkultur zu fördern.

Struktur- und organisationsbezogene Maßnahmen (klinische Leitung, Träger, Arztpraxis)

- Verbindliche bereichsübergreifende SOP/VA sowie deren regelmäßige Evaluation im Rahmen des klinischen Qualitätsmanagements.
- Sicherstellung von Personal- und Zeitressourcen für Schulung, Doppelkontrolle („Four-Eyes-Principle“) und zeitversetzte Lieferungen von Methotrexat und Vincristin, insbesondere an Tagen mit intrathekalen Applikationen.
- Technische und logistische Maßnahmen zur konsequenten Trennung von intravenös und intrathekal verabreichten Arzneimitteln (räumliche Trennung der Lagerung? getrennte Lagerorte, separate Transportwege und Verpackungen (Beutel versus Spritze)).

Abbildungen und Tabellen

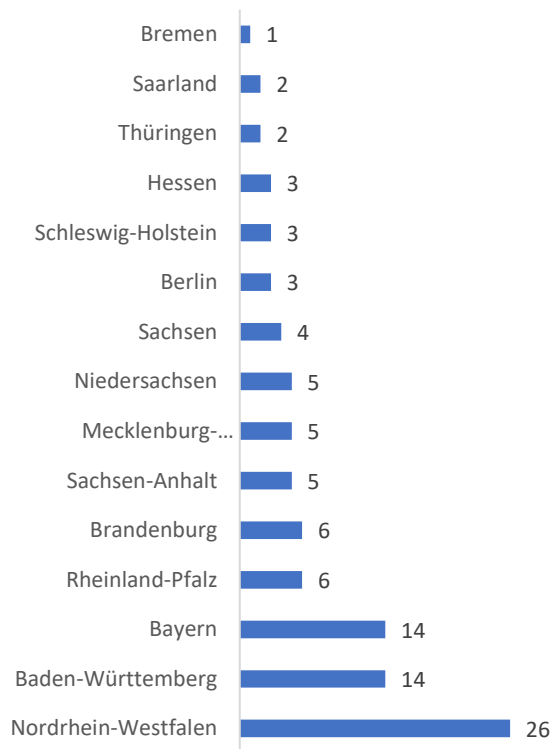


Abbildung 1 Anzahl der Teilnehmenden (absolut) nach Bundesland

Tabelle 1 Ergebnisse ausgewählter Empfehlungen der Befragung

Empfehlung	Ja	Teilweise	Nein	Sonstiges
Verordnete Dosis in 50-ml-Minibags zubereiten	41 % (41/99)	22 % (22/99)	22 % (22/99)	14 % (12/99) andere Volumina, geplante Umsetzung oder unverdünnt.
Mind. 25 ml Volumen für Kinder nach Risikoabschätzung	11 % (11/99)	–	18 % (18/99)	71 % (70/99) keine Abgabe an Pädiatrie (66/70).
Standardisierter Zubereitungsprozess inkl. SOP/VA	93 % (92/99)	6 % (6/99)	–	–
Regelmäßige Schulungen und Wissensüberprüfung für Personal beteiligt an Zubereitung/Versand	58 % (58/99)	26 % (26/99)	11 % (11/99)	–
Positive Warnetiketten „Nur zur intravenösen Applikation – tödlich bei Gabe über andere Applikationsorte!“	67 % (66/99)	11 % (11/99)	17 % (17/99)	–
Etiketten- und Designunterscheidung	13 % (13/99)	5 % (5/99)	72 % (71/99)	–
Zeitversetzte Lieferungen	10 % (10/99)	8 % (8/99)	–	–
Verfahren etabliert, dass nur geschultes Personal intrathekal verabreicht	55 % (55/99)	7 % (7/99)	5 % (5/99)	32 % „Sonstiges“, v.a. ohne Kenntnis und ohne intrathekale Therapien
Schulung und Wissensüberprüfung für verabreichendes Personal	31 % (31/99)	16 % (16/99)	8 % (8/99)	45 % „Sonstiges“, v. a. Unkenntnis oder keine intrathekale Therapien.
Keine intrathekale Verabreichung außerhalb der Kernarbeitszeit	51 % (50/99)	7 % (7/99)	11 % (11/99)	–
Doppelprüfung durch zwei geschulte Personen	21 % (21/99)	7 % (7/99)	23 % (23/99)	48 % „Sonstiges“, v.a. keine Kenntnis.
Unkompliziertes CIRS etabliert	76 % (75/99)	12 % (12/99)	5 % (5/99)	7 % „Sonstiges“, v. a. keine Kenntnis oder keine intrathekalen Therapien.

Literatur

1. Viscusi ER, Hugo V, Hoerauf K, Southwick FS. Neuraxial and peripheral misconnection events leading to wrong-route medication errors: a comprehensive literature review. *Reg Anesth Pain Med.* 2021;46(2):176-81.
2. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V (APS). Intravenöse Applikation von Vincristin sicherstellen Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln. 2015.
3. Schöning T. Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln am Beispiel von MTX und Vincaalkaloiden. *InFo Hämatologie + Onkologie.* 2022;25(3).
4. Gilbar P. Inadvertent intrathecal administration of vincristine: Has anything changed? *J Oncol Pharm Pract.* 2012;18(1):155-7.
5. Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker ADKA e.V. – Ausschuss Onkologie. Tumorthherapie mit Vincaalkaloiden | Handlungsempfehlungen zur Optimierung eines Hochrisiko-Medikationsprozesses. *Krankenhauspharmazie* 2014;35:227-9.

Fragebogen

Die mir „*“ gekennzeichneten Fragen sind Pflichtfragen und müssen beantwortet werden.

1 Allgemeines

1.1 Bitte geben Sie an, für welche Art der Einrichtung Sie antworten.*

- ☐ Krankenhausapotheker
- ☐ öffentliche Apotheke
- ☐ Praxis
- ☐ krankenhausversorgende Apotheke
- ☐ Sonstige Einrichtung (bitte angeben)

1.2 Bitte geben Sie an, welche Funktion Sie in Ihrer Einrichtung inne haben.*

- ☐ Leitung der (Krankenhaus-) Apotheke (Bitte auch auswählen bei Filial-Leitung)
- ☐ Angestellter in der (Krankenhaus-) Apotheke / Praxis
- ☐ Leitung der Praxis
- ☐ Sonstige Funktion (bitte angeben)

1.3 In welchem Bundesland befindet sich Ihr Krankenhaus /der Standort der Krankenhausapotheker /die Apotheke oder Praxis?*

1.4 In welchem Gebiet befindet sich Ihr Krankenhaus / der Standort der Krankenhausapotheker /die Apotheke oder Praxis?*

- ☐ ländliches Umfeld
- ☐ städtisches Umfeld

1.5 Wie viele Zubereitungen an Vincaalkaloiden haben Sie pro Jahr? Bitte geben Sie die Zahl für 2023 an.

1.6 Haben Sie Verfahrensanweisungen (VA) oder Standard-Operation Prozessbeschreibungen (SOP) für den Umgang mit Vincaalkaloiden festgelegt?*

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Keine Angabe

1.7 Sind Ihnen Fehler / CIRS-Berichte den Umgang mit Vincaalkaloiden betreffend aus Ihrer (Krankenhaus-) Apotheke / versorgten Krankenhaus oder Praxis bekannt?*

- ☐ nein
- ☐ Ja. (Bitte geben Sie die Anzahl der Meldungen als ganze Zahl ein)

2 Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit von Vincaalkaloiden. Bitte geben Sie an, welche Maßnahmen bei Ihnen umgesetzt werden.

2.1 Die verordnete Dosis an Vincaalkaloiden soll in einem Minibag zu 50 ml in NaCl 0,9 % gelöst werden.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.2 Nach individueller Risikoabschätzung werden bei Kindern, die keine Minibags erhalten können, Bolus-Spritzen mit einem Volumen größer als 25 ml in Erwägung gezogen.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.3 Es gibt einen standardisierten Zubereitungsprozess (Plausibilitätsprüfung durch Apotheker*innen, Zubereitung, Verpackung, Etikettierung, Endkontrolle, Vorbereitung zum Versand inkl. einer SOP/VA)*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.4 Es gibt eine adäquate und regelmäßige Schulung und Überprüfung des Wissensstandes bei Personal, welches am Prozess der Zubereitung und dem Versand beteiligt ist.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.5 Es wird eine „positive“ Warnbezeichnung mittels spezieller Warnetiketten: „Nur zur intravenösen Applikation – tödlich bei Gabe über andere Applikationsorte!“ verwendet, die in jedem Fall auf dem Primärbehältnis (Minibag/Spritze) vorhanden sein muss!*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.6 Wir nutzen Etikettenfarbe und -design, von primärer und sekundärer Verpackung (Lieferverpackung), um sicherzustellen, dass Beutel, welche Vincaalkaloide enthalten, deutlich von anderen Minibags zu unterscheiden sind.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.7 Wir nutzen eine zeitversetzte Lieferung von Zubereitungen zur intrathekalen Gabe und Zubereitungen mit Vincaalkaloiden in Spritzen.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

2.8 Wir nutzen weitere Maßnahmen zur Risikominimierung (Bitte beschreiben Sie diese kurz.)

3 Handlungsempfehlungen für die Praxis / Klinikleitung bzw. Fachabteilungen

3.1 Innerhalb der Klinik /Praxis gibt es ein Verfahren / eine Regelung, welche sicherstellt, dass nur geschultes Personal für die Verabreichung von intrathekalen Chemotherapie eingesetzt wird.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt, aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

3.2 Es wird sichergestellt, dass das Personal, dass eine intrathekale Chemotherapie verabreicht und der Gabe assistiert, regelmäßig geschult und der aktuelle Wissenstand überprüft wird.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

3.3 Es findet keine Verabreichung von Intrathekalzubereitungen außerhalb der Kernarbeitszeiten statt.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.

Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

3.4 Es findet eine Doppelprüfung durch zwei geschulte Personen vor der Verabreichung statt: der/die Anreichende lesen der/dem Verabreichenden das Warnetikett laut vor, die/der Verabreichende bestätigen durch Wiederholung.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

3.5 Wir haben ein unkompliziertes Meldesystem (z.B. CIRS) für Abweichungen etabliert, um Lücken und Non-Compliance im System zu erkennen.*

- ☐ Ja. Dies ist bei uns umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt.
- ☐ Ja. Dies ist bei uns TEILWEISE umgesetzt.
- ☐ Nein. Dies ist bei uns NICHT umgesetzt aber in Planung.
- ☐ Sonstiges Hinweise /Anmerkungen

3.6 Wir nutzen weitere Maßnahmen zur Risikominimierung (Bitte beschreiben Sie diese kurz.).

4 Zustimmung

4.1 Möchten Sie uns Hinweise und /oder Anregungen für die abgefragte Thematik geben?

4.2 Möchten Sie die Umfrage absenden? Bitte klicken Sie auf den Button "Senden" . Ihre Antworten werden erst nach dem Absenden anonymisiert gespeichert.

- ☐ Ja
- ☐ Nein