

# Versicherung von Medikamenten- schäden

---

- **Michael Petry, 15.09.2022**
- **Geschäftsführer**
- **Ecclesia Gruppe Detmold**

1

**Wir über uns – Auf einen Blick**

2

**Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?**

3

**Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020**

4

**Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020**

5

**Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen**

6

**Medikamentenfehler - Fehlerkategorien**

7

**Fazit**



## Größter deutscher Versicherungsmakler für Unternehmen und Institutionen

- Mehr als **2.400** Mitarbeitende
- **2,5** Mrd. Euro platziertes Prämienvolumen
- **Weltweit** vernetzt
- Ursprung im Jahr **1909**

# Unsere Kunden

Stationäres Gesundheitswesen

Wir betreuen



**1.352** Krankenhäuser,



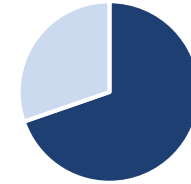
mit **385.477** Betten sowie



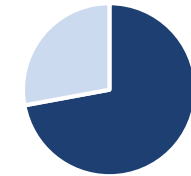
**12.874.077** Behandlungsfällen



und damit



**50 %** der Krankenhausträger  
sowie **70 %** der Unikliniken,



bzw. **60 %** der stationären  
Behandlungsfälle.

1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

**Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?**

3

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020

4

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020

5

Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen

6

Medikamentenfehler - Fehlerkategorien

7

Fazit

# Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

Medikationsfehler gehören zu den häufigsten unerwünschten Ereignissen im Gesundheitswesen [2] und sind weltweit eine der Hauptursachen für vermeidbare Schäden im Gesundheitswesen

- [2] Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. BMC Health Serv Res 2018;18:1–13, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>.
- [3] World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety, Geneva, Schweiz 2017, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>.

Aktuell befinden sich knapp 9000 Meldungen im Archiv der CIRNET-Datenbank. Alle eingehenden Meldungen werden vom CIRNET-Management nach der WHO-Kategorisierung [10] zugeordnet. Der grösste Teil der Meldungen (46%) betrifft dabei die Kategorie Medikation.

Critical Incident Reporting zu Medikationsfehlern, ZEFQ 158-159, 54 - 61

In einer multizentrischen Studie wurden ein CIRS in den klinischen Alltag von 12 norddeutschen Kinderkliniken implementiert und über 24 Monate zentral eine Sammlung und Analyse aller eingehenden Fehlerberichte vorgenommen. Aus den 1299 Berichten wurden 1829 Risikokonstellationen extrahiert. Die häufigsten waren Medikationsfehler mit 35%, Verfehlung von Standards mit 24% und Risiken durch Dokumentationsfehler mit 15%.

(D. Hart, M. Claßen, H. Wille & K. Becker-Schwarze, Risikomanagement in pädiatrischen Kliniken - Ergebnisse des multizentrischen Projekts „Risiken verringern – Sicherheit steigern“. Monatsschrift Kinderheilkunde volume 156, pages1104–1113 (2008)Cite this article)

1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

3

**Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020**

4

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020

5

Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen

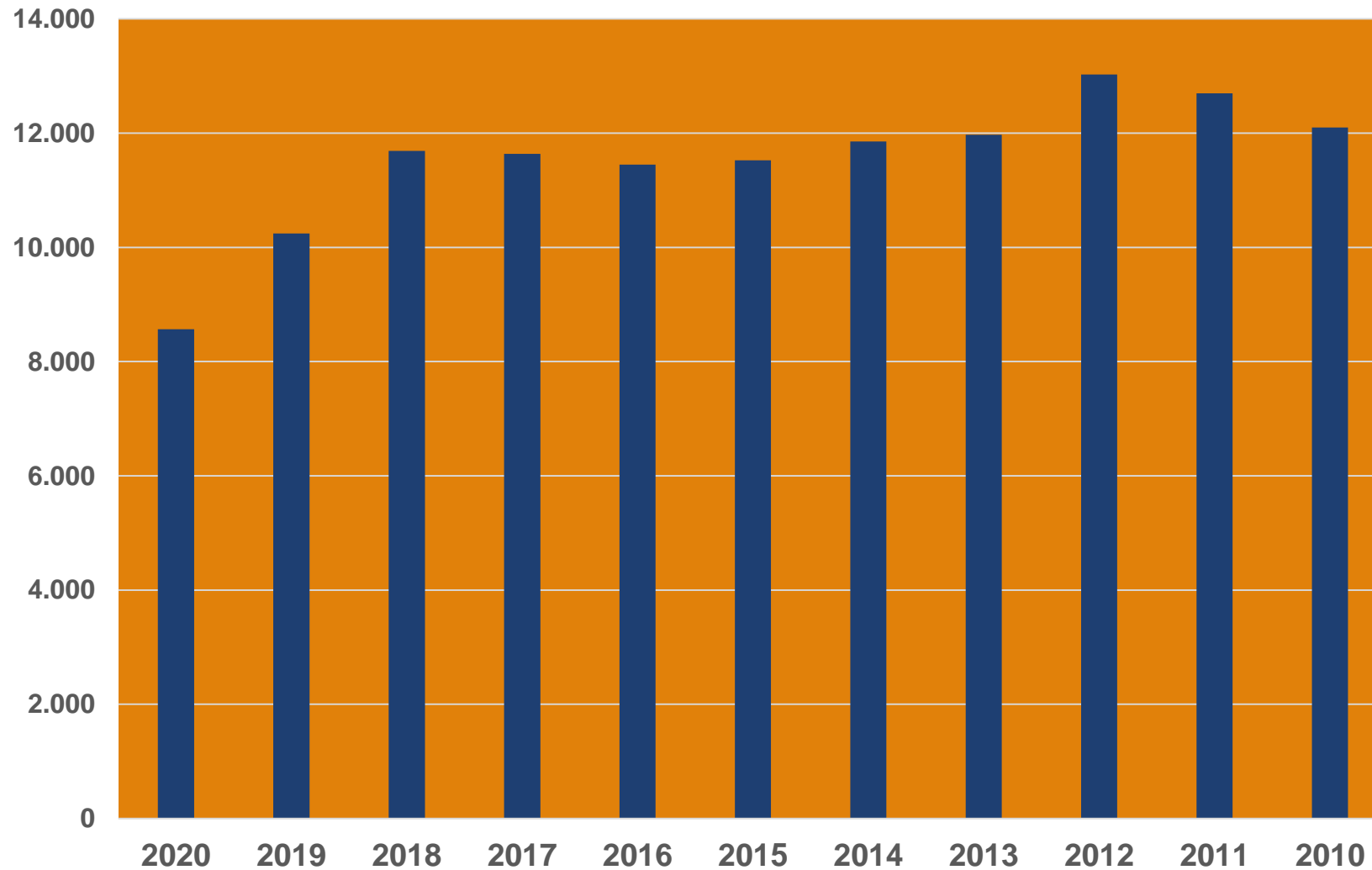
6

Medikamentenfehler - Fehlerkategorien

7

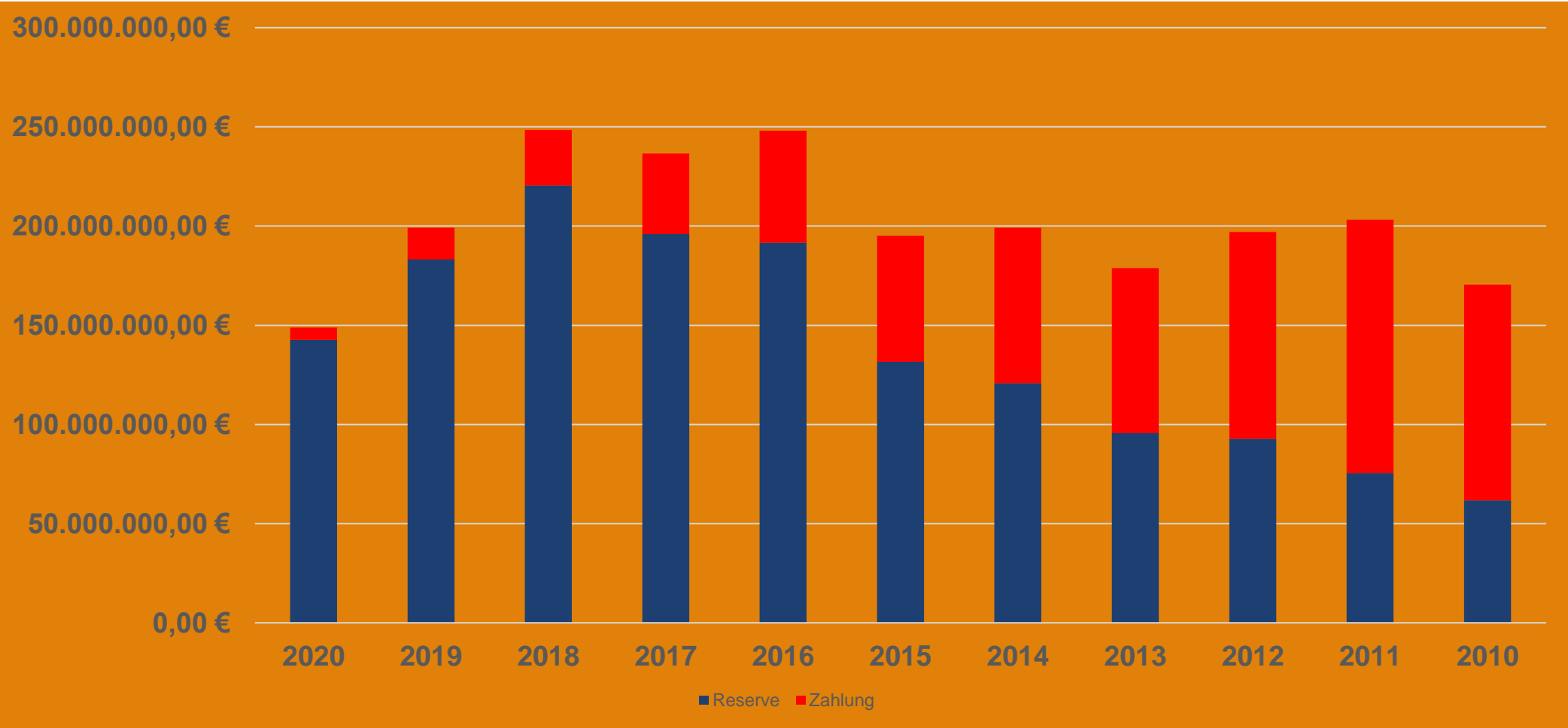
Fazit

# Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020





# Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020



1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

3

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020

4

**Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020**

5

Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen

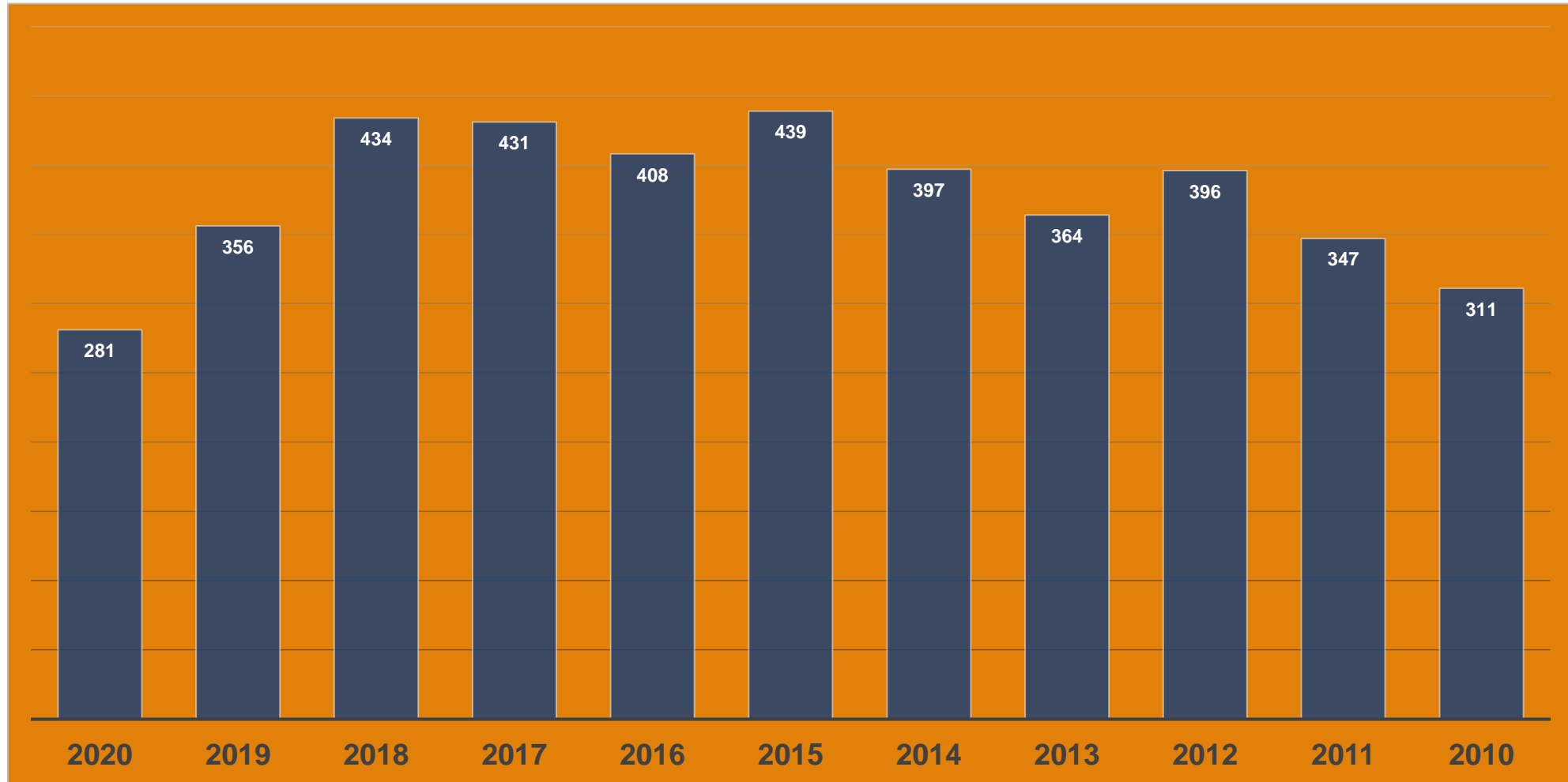
6

Medikamentenfehler - Fehlerkategorien

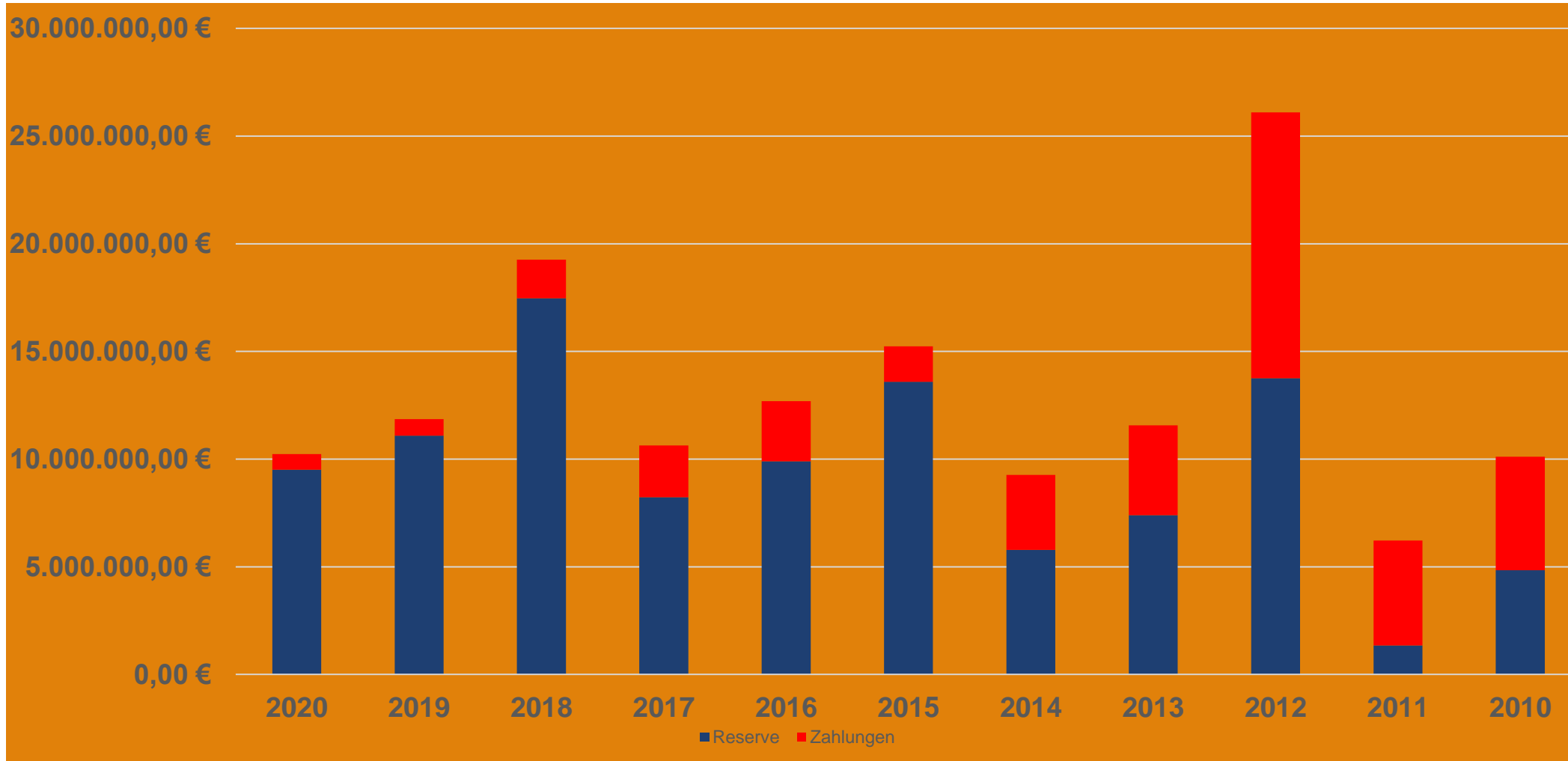
7

Fazit

# Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020



# Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020



- Anspruchsstellungen wegen fehlerhafter Medikamentengabe machen nur 3,285 % aller Schäden und 6,435 % des Aufwandes für diesen Zeitraum aus.
- Dabei sind viele Fälle, in denen eine Reihe von fehlerhaften Behandlungsschritten behauptet werden, nur eine trifft die Frage der Medikation – Fast immer keine Haftung!
- Behaupteter Schaden wegen angeblich nicht indizierter oder falscher Medikamente
- Fehlerhafte Aufklärung über Nebenwirkungen
- Freiheitsberaubung wegen rechtswidriger Sedierung
- Eine ganze Reihe von Fällen, in denen die zu frühe Absetzung der Thromboseprophylaxe gerügt wird – häufig offenbar zu recht.
- Sehr viele Fälle von übersehenen oder nichtbeachteten Allergien. Auch hier Vorwürfe häufig zu recht.
- Ebenso wie viele Fälle mit Überdosierungen

1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

3

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020

4

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020

5

**Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen**

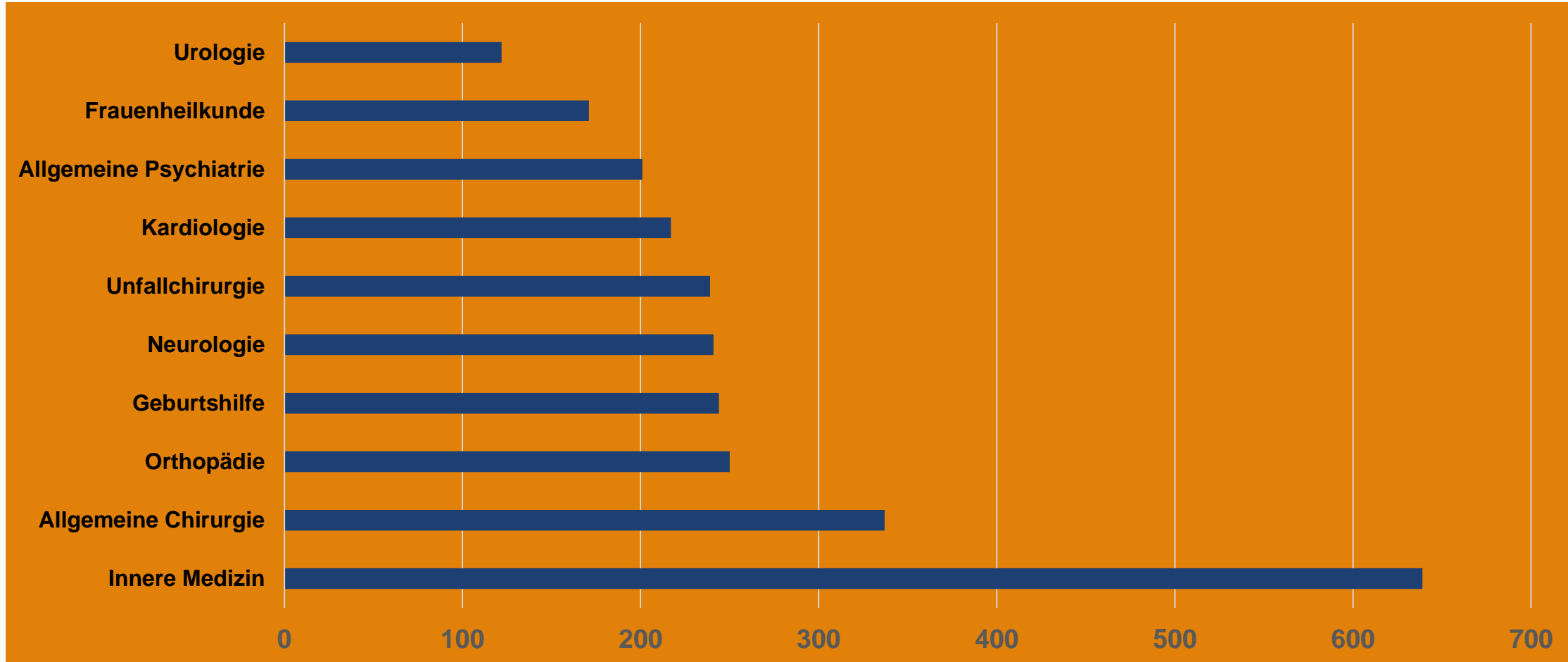
6

Medikamentenfehler - Fehlerkategorien

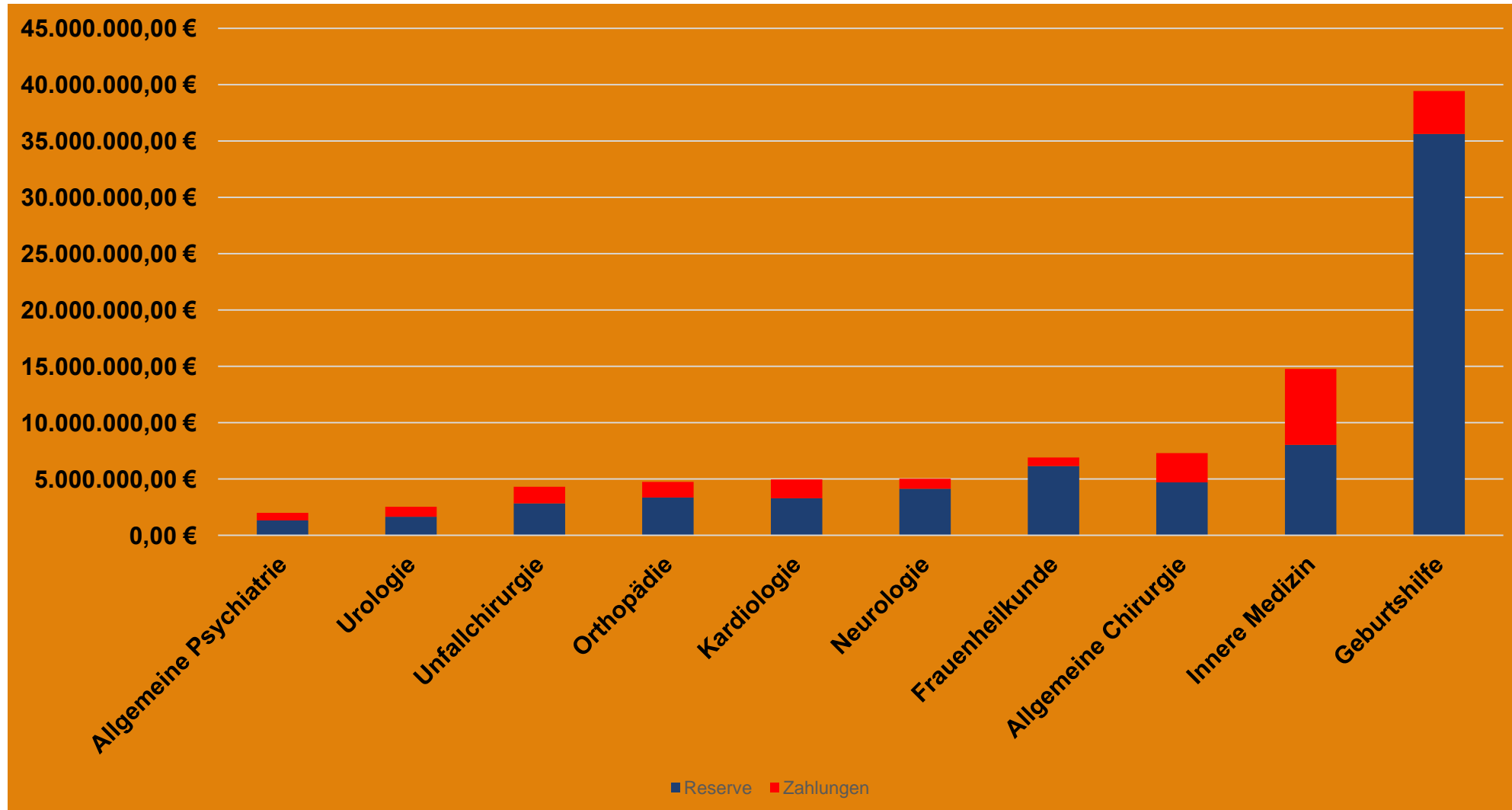
7

Fazit

# Anzahl und Aufwand TOP 10 der Hauptfachrichtungen



# Anzahl und Aufwand TOP 10 der Hauptfachrichtungen





1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

3

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020

4

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020

5

Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen

6

**Medikamentenfehler - Fehlerkategorien**

7

Fazit

# Beispiele für Medikamentenverwechslung

Bei einer frisch operierten Pat. kam es auf der Intensivstation zu einer Medikamentenverwechslung. Die vorgesehene Spritzenpumpe kam mit einer Mischung aus dem Lokalanästhetikum Naropin u. dem Opiat Sufentanil wurde an den zentralen Venenkatheter angeschlossen, die Spritzenpumpe mit Kaliumchlorid an einen thorakalen Periduralkatheter.

Die Verwechslung ist ca. 8 Std. später nach Auslaufen der Pumpen entdeckt u. korrigiert worden. Im weiteren Verlauf zeigte die Pat. klinisch eine Querschnittssymptomatik mit schlaffer Lähmung beider Beine u. Aufhebung der Sensibilität Brustabwärts. Diese Symptomatik könne auf die irrtümlich epidurale Applikation von Kaliumchlorid zurückzuführen sein.

Ein an einem Bronchialkarzinom erkrankter Patient habe eine Inhalationsbehandlung in der Klinik für Strahlenheilkunde erhalten sollen. Statt des dafür vorgesehenen Medikaments habe eine Pflegekraft versehentlich Augentropfen in den Inhalator gegeben und die Behandlung eingeleitet.

Es sei infolge der Medikamentenverwechslung zu einer Bradykardie gekommen und der Patient habe reanimiert werden müssen. Seitdem liege er auf der Intensivstation. Es müsse von bleibenden Hirnschäden ausgegangen werden. Die Angehörigen des Patienten, insbesondere dessen Ehefrau, wurden umgehend durch VN über den Zwischenfall informiert und die Medikamentenverwechslung offen kommuniziert.

11/20 VN teilt mit: PAT ist verstorben.

Pat. sei bei VN wegen Meningitis behandelt worden. Aufgrund eines Versehens sei der Pat. statt einer NaCl-Lösung eine Lidocain-Lösung intravenös verabreicht worden. Dadurch sei es zu Tachykardien mit Ohrensausen und Schwächegefühl gekommen. Ferner habe Pat. Gefühl der Todesangst empfunden.

**Vorwurf: Fehlinfusion bei Frühchen (NaCl statt Glukose)**

**Folgen: Tod**

7 x Stellungnahmen beschäftigen sich mit dem Ablauf und wie es zu der Fehlinfusion gekommen ist. Eine Verwechslung aufgrund menschlichen Versagens.

Dem PAT sei fehlerhaft Insulin verabreicht worden. Dies hätte zu einer metabolische Encephalopathie mit himorganischem Psychosyndrom nach Hypoglykämie geführt. Der kognitive Zustand sei deutlich reduziert.

Pat erhielt versehentlich Heparin statt Insulin iv. für mehrere Stunden. In die mit Heparin beschriftete Perfusorspritze wurde versehentlich Insulin gefüllt. Als sich der Zustand des Pat. verschlechterte wurde mittels Geruchsprobe die Verwechslung erkannt und entgegengewirkt.

# Beispiele für Medikamentenverwechslung

Vorwurf: falsche Medikamentengabe

Folgen: anaphylaktischer Schock, Todesfall, Unterhaltsansprüche?

Grunderkrankung: Allergie gegen Cefuroxin

Anlass der Behandlung: Bronchoskopie

03/21 VN gibt intern bekannt, dass zwar in den Entlassungsberichten eine Allergie auf Cefuroxim nicht vermerkt war, dass aber während der stationären Aufenthalte hierzu Informationen vorlagen.

VN hat im Bereich des Risk-Managements hierzu jetzt ein Pflichtfeld Allergien in die Entlassungsberichte eingeführt.

VN meldet ein EV. Der Patient befand sich wegen verschiedener schwerwiegender Diagnosen bei VN in intensivmedizinischer Behandlung. Am 25.1.2010 verabreichte die Krankenschwester fälschlicherweise Kalium intravenös. Ärztlicherseits war mündlich die Gabe von Kalium und Calcium verordnet worden. Beides hätte jedoch über die bereits laufende Infusion verabreicht werden sollen.

Wenige Minuten später reagierte der Patient mit **Herzkammerflimmern**. Nach kurzer Zeit wurde die begonnene Reanimation entsprechend dem Patientenwillen abgebrochen. Es wurde nun ein EV gegen die Krankenschwester eingeleitet und die Obduktion des Patienten veranlasst.

RA erhebt Ansprüche. 03-17: Herzzugänge wurden nach der postop. Abkoppelung fälschlicherweise mit Kaliumchlorid-, statt Natriumchloridlösung gespült. Obwohl Pat. mehrfach auf das Brennen der Lösung hingewiesen hat, führte die Schwester die Spülung fort, so dass die dritte Dosis zum Herzstillstand mit anschließender Reanimation führte.

Es liegt vermutlich eine Medikamentenverwechslung zugrunde. Dem Kind wurde statt des schmerzlindernden Medikamentes Metamizol (Novaminsulfon) das blutdrucksenkende und gefäßerweiternde Medikament Nifedipin verabreicht. Die Verabreichung erfolgte durch die nasogastrale Sonde. Den Eltern des zweijährigen Kindes war aufgefallen, dass die Flüssigkeit gelblich war, was sie sonst nie war. **Kind verstorben**

Zwischenfall während der Operation, mit ca. 3-minütiger Reanimationspflichtigkeit nach Medikamentengabe von Kaliumchlorid an Stelle von Calciumgluconat. Im Rahmen der Reanimation kam es zu Rippenserienfrakturen, die mit starken Schmerzen vergesellschaftet sind und wahrscheinlich zu einem verlängerten Krankenhausaufenthalt führen werden.

03/20 GAK Antrag: Aus oben genannten Gründen wird ein GAK Antrag gestellt. Statt des Medikamentes Fluoxetin sei trotz Nachfrage Fluanxol verabreicht worden. VN gesteht Fehler ein.

# Beispiele für Medikamentenverwechslung

Man habe der Pat. fehlerhaft das Medikament Pregabalin statt Gabapentin verabreicht. Erst nach zwei Tagen fiel das auf. Daraufhin seien zahlreiche Nebenwirkungen eingetreten. Die Medikamenten-Verwechslung habe zur unnötigen Verabreichung von Cortison und einer CT Untersuchung des Schädels geführt.

In der Patientenkurve war 3 x 300 mg Gabapentin verordnet, hier beträgt die Tageshöchstdosis maximal 3600 mg täglich. Es bestand also eine korrekte Dosierung im unteren Drittel der Maximaldosis. Leider wurde irrtümlich stattdessen Pregabalin ausgegeben, ein Medikament mit sehr ähnlichem Wirkungsspektrum wie Gabapentin. Die Tageshöchstdosis beträgt jedoch 600 mg.

Unter dieser Medikation ist es daher retrospektiv zu Nebenwirkungen gekommen, die jedoch in Unkenntnis der Medikamentenverwechslung zunächst nicht gedeutet werden konnten und daher weitere Diagnostik und Therapien nach sich zogen.

Die Patientin erlitt am 28.07.16 eine Tako-Tsubo-Kardiomyopathie in unmittelbarem Zusammenhang zu einer intravenösen Fehlinjektion von 400 µg Noradrenalin (statt NaCl-Lösung) während einer Endosonographie-

Vorbereitung. Die sogenannte Stress-Kardiomyopathie kann dadurch ausgelöst, in jedem Falle befördert worden sein. Die akute Erkrankung verläuft sehr ähnlich wie ein akuter Herzinfarkt und kann nur durch eine akute Herzkatheteruntersuchung abgegrenzt werden. Diese erfolgte komplikationslos.

RA erhebt Ansprüche, 12-17: Fehlerhafte dreiwöchige Gabe von Taxol statt Docetaxel im Rahmen einer Chemotherapie, weil besprochene Medikamentierung nicht eingehalten wurde. Daher musste die Pat. 2 zusätzliche Chemotherapien in Kauf nehmen.

Nach VN war bei der Pat. eine Therapie mit 4 Zyklen Docetaxel, Transtuzumab und Pertuzumab im Abstand von 3 Wochen geplant. Auf Grund eines Copy-Paste-Fehlers wurde aber das Standard-Schema mit Nab-Paclitaxel, Transtuzumab und Pertuzumab rezeptiert. Noch während der Applikation wurde der Fehler bemerkt

08/18: SVT Anspruchserhebung (Somnolenz wegen Medikamentenverwechslung)  
Bei Pat. soll Medikation verwechselt worden sein (75 ml Clozapin anstelle von Clopidogrel), so dass dieser somnolent geworden sei und für fünf Tage auf die Intensivstation verlegt worden sein soll.

# Nichtbeachtung von Allergien

Während des Eingriffs habe man, da sich ein Katheter nicht einschieben ließ, Kontrastmittel gegeben. Kurze Zeit später habe PAT einen Bronchospasmus erlitten und man habe mit Großer Mühe die Stabilisierung des PAT erreicht. Der Eingriff sei dann abgebrochen worden, da eine Punktion der Vene ein hohes Risiko dargestellt hätte. **Man habe sich dann erinnert, dass eine Kontrastmittelunverträglichkeit bestanden hätte. Bei Durchsicht der Kurve mit den ausgedruckten alten Briefen sei dieses nicht ersichtlich gewesen.**

Vorwurf: Penicillin-Allergie missachtet  
Folgen: Allergene Reaktion  
Grunderkrankung: unklar  
Anlass der Behandlung: Dermatologie

09/20 AST-RA fordert Haftung  
Trotz der bekannten Penicillin-Allergie sei es zur entsprechenden Gabe und einer starken allergenen Reaktion gekommen.

STN HNO + Derma  
**Es wurde kein Penicillin gegeben und es gab auch keine allergische Reaktion.**

10/20 AST-RA beziffert 1,5 T€. HA durch VR.

12/20 Erg. STN HNO  
**Penicillin wurde nach Abwägung doch verschrieben. Die AST hatte aber nur von einer Unverträglichkeit gesprochen, nicht von einer Allergie.**

04/16 Ärztl. Stgn. **Im Team-Time-Out-Bogen und der Patienten-Erklärung Checkliste war angegeben, dass die Patientin keine Allergien hat. Im Prämedikationsbogen fand sich dann später jedoch die Angabe der Patientin, auf Diclofenac allergisch zu reagieren. Dieser Bogen blieb im Rahmen der OP jedoch leider unberücksichtigt.**

Vorwurf: Propofol-Vergabe trotz bestehender Allergie  
Folgen: Allergischer Schock. Notfallintubation. 4 Tage Aufenthalt auf der ITS  
Grunderkrankung: Nierenfunktionsstörung, Dialyse

**Bei Dislokation des ZVK und einer dringend notwendigen Neuanlage wurde der Patientin routinemäßig Propofol verabreicht, obwohl eine Allergie in den KU dokumentiert war. Da sich die allergische Reaktion im Anschluss ereignete konnte sofort reagiert werden.**

03/21 Patient macht - über RA - Schadenfall geltend

Danach ist das Medikament Methotrexat (MTX) täglich vom 03. bis zur Entlassung am 07.10.2020 bei entsprechender weiterer Verordnung verabreicht worden, obwohl eine Verabreichung nur 1x wöchentlich erfolgen darf und durfte.

Intern wurden nach einer solchen fehlerhaften (täglich) Verabreichung (mit Todesfolge) bei VN für dieses Präparat besondere Sicherheitsvorkehrungen getroffen, indem schon individuelle Bestellungen festgelegt wurden mit Hinweis auf die Einnahme 1x wöchentlich - und ein CIRS-Fall daraus resultierte mit Hinweis auf den Packungsaufdruck.

Der Gutachter kommt zu dem Ergebnis, dass es während des stat. Aufenthaltes zu einer schweren Überdosierung von Methotrexat kam. Die Fortführung der parentaralen Methotrexatgabe hätte jedem Arzt im Rahmen der täglichen Visite auffallen müssen, da jeder Orthopäde auch mit einem Basiswissen Rheumatologie ausgestattet ist. Diese Überdosierung führte zu schweren Gewebeschädigungen, Abfall der Blutplättchenzahl und letztendlich zum Versterben der Pat.

AST macht einen Anspruch wegen 10facher Medikamenten-Überdosierung geltend. Er soll innerhalb von 36 Stunden statt 2x100mg Lamotrigin am Tag, 4x1000 mg verabreicht bekommen haben.

Er wurde intern auf eine andere Station verlegt worden. Die überhöhte Dosis erfolgte bereits auf der ersten Station und wurde zunächst übernommen. Erst nach 24 Stunden ist der Fehler aufgefallen.

Von Seiten der Pflege wird Fehler verneint. Vier-Augen-Prinzip sei beachtet worden.

Die Pflegekräfte müssten sich auf die richtige Anordnung der Ärzte verlassen und dürfen diese auch nicht in Frage stellen.

# Über-/Unterdosierung

Chemotherapie wurde versehentlich in der falschen Dosisstufe mit dem CATD-Protokoll geordert. AST erhielt die Substanz Cisplatin korrekt.

Allerdings waren die Dosierungen von Etoposid mit knapp 300 mg/m<sup>2</sup> (statt 75 mg/m<sup>2</sup>, also 4-fache Dosis) und Ifosfamid mit 2 g/m<sup>2</sup> (statt 1,2 g/m<sup>2</sup> also 1,7-fache Dosis) deutlich höher als geplant. Dies wurde während des stat. Aufenthaltes nicht bemerkt (die Unterschiede zum Ablauf der normal dosierten

Chemotherapie sind nur minimal). AST stellte sich trotz Zustandsverschlechterung erst 4 Tage später bei VN vor.

**Patient verstorben, hinterlässt zwei kleine Kinder**

Danach wurde das Medikament tatsächlich (entgegen der ärztlichen Anordnung) täglich gestellt, obwohl es lediglich 1 x in der Woche eingenommen werden sollte. Zudem wurde der Dispenser für 2 Wochen gefüllt, obwohl er lediglich für 1 Woche gefüllt werden sollte.

AST sei nur 1 mal täglich mit Valproat versorgt worden. Als Epileptikerin hätte sie das Medikament zwei mal täglich erhalten müssen.

In der Patientenkurve wurde entgegen den Angaben im Verlegungsbericht die Valproatgabe mit 0-0-1 (statt 1-0-1) eingetragen. Es handelte sich um einen Übertragungsfehler. Dies führte wohl zu einer Unterdosierung und zu Krampfanfällen.

# Fehlerhafter Umgang mit Medikamenten

Anfang Januar 2016 soll es bei der Behandlung eines MNTI zu einer Überdosierung von Adriamycin gekommen sein. Statt 15 mg/m<sup>2</sup> sollen 70 mg/m<sup>2</sup> verabreicht worden sein.

Am selben Tag sollte eine andere Patientin H.K. ebenfalls Doxorubicin in einer Dosis von 12mg erhalten. Dieses Doxorubicin war angefordert in einem Volumen von 48ml und sollte über 12h (4 ml/h) verabreicht werden.

Zum Lichtschutz waren die beiden Chemotherapiespritzen in Alufolie verpackt. Es wurden die Spritzen mit korrektem Namen und Angaben zur Chemotherapie gemäß dem Aufkleber auf der Alufolie bei der jeweiligen Patientin nach Kontrolle im Vieraugenprinzip angehängt.

Die Doxorubicininfusion wurde bei der Pat. mit einer

Infusionsgeschwindigkeit von 6 ml/h angehängt und habe auffallend lange gebraucht. Die Infusion wurde um 10h begonnen und war statt um 14h erst um 18h durchgelaufen. Dies wurde erst in der retrospektiven Analyse von der Pflegekraft angemerkt.

Bei der Patientin H.K. fiel jedoch auf, dass die Doxorubicinspritze bei einer eingestellten Laufgeschwindigkeit von 4 ml/h auffallend früh leer war. Die diensthabende Pflegekraft hat daraufhin die Alufolie von der Spritze gelöst und festgestellt, dass eine Fehlbeschriftung vorlag:

Auf den Spritzen standen die korrekten Patientendaten sowie Doxorubicindosis und Infusionsvolumen. Auf der Alufolie waren die Patientenkleber der beiden Patientinnen verwechselt.

RA/AST (geb.19.12.2007)trägt vor, dass die Schmerzmittelgabe (Ibuprofen, Morphin, Robivacain (bzw. einmal Bupivacain)über den PDK in fehlerhafter Weise erfolgt sei. Bereits am 16.03.2018 nach erfolgter Fußkorrektur-Operation seien bei der Gabe von Morphin reaktionspflichtige Auffälligkeiten aufgetreten. Da der AST schnell wieder ansprechbar gewesen sei, seien keine Maßnahmen erfolgt. Nachdem der AST auf Normalstation verlegt worden sei, habe er über Schmerzen geklagt und habe deshalb Schmerzmittel erhalten. Danach habe die Mutter bemerkt, dass dieser die Augen schloss. Sie habe zunächst gedacht, dass er schlafe. Dann sei ihr jedoch aufgefallen, dass ihr Sohn blass im Gesicht war, die Lippen blau waren und der Puls nicht mehr tastbar war. Sie haben den Alarm ausgelöst und der AST habe reanimiert werden müssen.

Schaden: hypoxischer Hirnschaden (dauerhaftes Wachkoma)

Beide Gutachter gehen davon aus, dass es beim Aufspritzen des Peridural-katheters zum Fehler gekommen ist. Zwar war die Dosis korrekt, hätte aber fraktioniert (mit einer Testdosis) über einen längeren Zeitraum verabreicht werden müssen. Der Gutachter geht (fälschlich) davon aus, dass das Aufspritzen durch die Anästhesie erfolgte. Der Ast. war jedoch auf die Normalstation verlegt worden und die ärztliche Tätigkeit an die Pflege delegiert worden. Die Delegation erfolgte in einem bei VN installierten Gesamtkonzept, die Pflege wird dazu regelmäßig geschult. Es kann nicht widersprochen werden, dass hier ein Fehler bei der Applikation erfolgte.



# Fehler bei der Übertragung von Daten

09/17 RA (Meinecke) meldet Ansprüche an:

Nach Spinalkanalstenose habe man postoperativ jeweils morgens und abends eine ganze Tablette Quilonum (Lithium) verabreicht anstatt einer halben. Verschlechterung des Allgemeinzustands (Verwirrtheit etc.). Verlegung auf IS. Dort dann auch Fixierung.

10/17 Stellng-VN:

Fehler wird zugestanden. Man habe die Medikamentenanordnung des Ehemanns erhalten und fehlerhaft übertragen.

Vorwurf: unterbliebene Diuretika Medikation (harmtreibend / blutdrucksenkend)

Folgen: intentsivpflichtig / dialysepflichtig

Es liegen Versäumnisse vor. Bei der Übernahme der Medikamente aus dem Arztbrief wurde das Diuretikum nicht übernommen. Es können nur 16 Medikamente automatisch in der EDV übertragen werden, dann ist eine händische Eingabe erforderlich. Dies wurde übersehen.

Ursächlich für die MTX-Überdosierung war ein offensichtlicher Übertragsfehler vom ärztlichen Anordnungsbogen auf das Kurvenblatt. Die Übertragung und die Fortschreibung der Kurvenblätter erfolgt regelhaft durch das Pflegepersonal der jeweiligen Station. Vorschriften, nach denen diese Eintragungen ärztlicherseits kontrolliert werden müssten, sind nicht bekannt.

11/18 RA macht Ansprüche geltend

Der Pat leide unter Multipler Sklerose und sei daher medikamentös entsprechend eingestellt. Der Pat sei während des stat. Aufenthaltes bewusstlos gewesen. Man habe der Pat eine 10 fache Überdosierung des Medikamentes Baclofen in toxischer Höhe verabreicht. VN sei eine schriftliche Medikamentenverordnung bei der Aufnahme verabreicht worden. Bei der Pat treten seit dem Fieberschübe, Stuhl- und Harninkontinenz auf.

Die Medikamenteneintragung wurde durch den aufnehmenden Arzt aufgeschrieben. Auf dem handschriftlichen Medikamentenplan war dies so verzeichnet. Dieser ist aber leider nicht mehr in der Akte.

Die Dosis wurde noch einmal speziell nachgefragt.

Es gibt keinen Hinweis darauf, dass die Pat verwirrt war bei der Aufnahme.

Der komatöse Zustand ist auf die Überdosierung zurückzuführen.

Daher hat sich auch der stat. Aufenthalt verlängert. Eine

Angehörige fordern die Krankenakte an, 06-16: Aufgrund eines Übertragungsfehlers auf den Optiplänen erhielt der Pat. 4 Tage am Stück Zystatika anstatt einmal in der Woche. Dadurch wurde das Immunsystem stark geschwächt.

# Fehlende Indikation aufgrund Patientenverwechslung

Pat. war bei bestehender Sphärozytose wegen hinzutretenden viralen Infektes bei VN. Aufgrund einer Pat.-Verwechslung erhielt Pat. ohne Indikation Fenistil. Pat. erhielt das 2,5 fache der laut Literatur empfohlenen Höchstdosis einer Einzelgabe und 83% der in diesem Alter empfohlenen Tages-Gesamtdosis. Also bzgl. Tagesdosis geringgradige Überdosierung. Höchst vorsorglich erfolgte die Überwachung auf der ITS für 24 Stunden. Vorfall blieb für Pat. folgenlos. Die behaupteten

Im Rahmen eines morgendlichen Rundgangs mit Verteilung der Medikamente wurde versehentlich das Präparat Polamidon - für die Mitpatientin bestimmt - auf dem Nachttisch der betroffenen Patientin abgestellt. Dieses hat sie dann eingenommen mit der Folge, dass sich eine Bradypnoe sowie Erbrechen einge-

07/11: Stellungnahme VN: es kam zu einer Fehltransfusion eines blutgruppeninkompatiblen Erythrozytenkonzentrates. dem GA wird inhaltlich und fachlich zugestimmt. die Blutkonserve wurde trotz Bed-Side-Test mit dem Nachbarpatient verwechselt. die beschriebenen Beschwerden:

Hauptbeschwerden: Neurologische Symptome sind nicht auf die

RA erhebt Ansprüche, 06-18: Allergischer Schock, weil Pat. verwechselt wurde und trotz angegebener Allergie auf Novalgin, eben dieses Medikament verabreicht wurde.

Nach VN wurden die Patienten im Zimmer tatsächlich verwechselt, so dass der Vorwurf zutrifft. Pat. lag zwei Tage auf der Intensivstation, es sind aber keine weiteren Schäden eingetreten, 07-18.

Pat. besteht eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, zur Krisenintervention stationär aufgenommen. Bei Entlassung auf eigener Wunsch wurde ein Dispenser eines anderen Patienten mit einer fehlerhaften Medikation mitgegeben. Pat. kontaktierten VN später und wurde mittels RTW eingeliefert. Es steht nicht fest, ob die Medikamente eingenommen worden sind.

STN-VN: Patientenetiketten wurden vertauscht. Dadurch kam es zu falscher Medikation. PAT war am Folgetag/ übernächsten Tag somnolent (benommen). Fehler wurde bemerkt, PAT und Angehörige informiert. Werte deutlich unterhalb des toxischen Bereiches.

06/20 Ergänzende STN Innere Medizin / Nephrologie

Es wird eingeräumt, dass die ASS Therapie vergessen worden sei. Hier fehlt auch die Dokumentation.

OP am Mittelfußknochen re. Im Vorgespräch wurde VN darauf hingewiesen, dass Pat wegen der Nebenniereninsuffizienz auf die Einnahme von Hydrocortison eingewiesen ist. Dies wurde nicht beachtet. Dosiervorgabe wurde nicht eingehalten. Es kam zu einer Addisonskrise. Über mehrer Tage wurden falsche Tabletten angeordnet, was die Pat mehrfach in Delirium stürzte.

02/20 Die anw. vertr. AST stellt einen Antrag vor der GAK. VN wird vorgeworfen, die vorbestehende Medikation mit dem Blutverdünner Rvaroxaban abgesetzt und so die Entstehung eines Mediainfarktes verursacht zu haben.

03/20 Stellungnahme aufgrund von CA-Wechsel und momentaner Situation kaum möglich. Nach erster Einschätzung von VN wurde tatsächlich die Gabe blutgerinnungshemmender Mittel versäumt und somit der Infarkt verursacht.

Es sei bei der Geburt des Kindes, trotz der bekannten Streptokokkenbefalles keine frühzeitige Antibiose erfolgt.

VN räumt Fehler ein. Bei pos. Streptokokken ist versäumt worden vor der Geburt eine Antibiose zu verabreichen.

Neg. GA, 12-16: Das Pausieren der oralen antiepileptischen Medikation ohne Ersatz durch intravenöse Medikamente zur Anfallsprophylaxe gehört nicht zum geltenden Standard, zumindest nicht ohne Rücksprache mit einem Neurologen.

1

Wir über uns – Auf einen Blick

2

Medikamentenfehler – ein wesentliches Thema für die Patientensicherheit?

3

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen von Arzthaftungsschäden 2010 bis 2020

4

Anzahl und Aufwand von Ansprüchen wegen Medikamentenfehlern 2010 bis 2020

5

Anzahl und Aufwand TOP 10 der Fachdisziplinen

6

Medikamentenfehler - Fehlerkategorien

7

**Fazit**

- Im Verhältnis zu der Anzahl der Behandlungsfälle und im Verhältnis zu dem prozentualen Anteil von Medikamentenfehlern bei den CIRS-Meldungen, ist die Anzahl der Anspruchsstellungen sehr überschaubar und spielen für das Haftpflichtrisiko aus Sicht der Versicherer eine untergeordnete Rolle.
- Erfreulicherweise kommt es in der überwiegenden Zahl der Fälle zu keinen oder nur geringen gesundheitlichen Schäden, auch die gezahlten Schadenssummen bewegen sich häufig im unteren vierstelligen Bereich.
- Für Versicherer wie Patientenanwälte der Hinweis, dass in den Klageverfahren die Gerichte ganz überwiegend auf den Abschluss von Vergleichen drängen. Insofern sollte man es möglichst schon außergerichtlich tun.

- Für die Patientensicherheit, aber auch für das Image der Krankenhäuser ist das Thema Medikamentensicherheit aber sehr wohl von großer Bedeutung.
- Insbesondere die Frage der Berücksichtigung von Allergien, das Risiko von Medikamenten- oder Patientenverwechslungen sowie von Übertragungsfehlern muss deshalb weiterhin im besonderen Fokus der Beachtung stehen.
- Stichworte sind Optimierung der Prozesse, die Vermeidung von Medienbrüchen, die Vermeidung von Übertragungen etc.

## Versicherung von Medikamenten- schäden



**Vielen Dank für  
Ihre  
Aufmerksamkeit**